



4972  
~~51A~~

\* فهرسة الجزء الاول من وسائل الابهتاج في الطب الباطني والعلاج \*

صحيفة

المقالة الاولى في امراض أعضاء التنفس (وسقط لفظ المقالة الاولى)	
مهما عند الطبع	
الفصل الاول في امراض الخجيرة	١١
المبحث الاول في الاحتقان والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي الخجيري	
المبحث الثاني في الذبحة الغشائية	٢٩
المبحث الثالث في القروح الخجيرية النزلية	٥١
المبحث الرابع في القرحة الخجيرية التيفوسية والجدرية	٥٤
المبحث الخامس في القروح الزهرية الخجيرية	٥٨
المبحث السادس في الدرن الخجيري أو السل الخجيري	٦٢
المبحث السابع في التولدات المرضية للخجيرة	٦٧
المبحث الثامن في أوديم المزمار	٧٠
المبحث التاسع في التهاب السحج في الغضن وفي الخجيري	٧٥
الامراض العصبية للخجيرة	
المبحث العاشر في تشنج عضلات المزمار	٧٨
المبحث الحادي عشر في شلل عضلات المزمار	٨٢
الفصل الثاني في امراض القصبة الهوائية والشعب	
المبحث الاول في الاحتقان والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي القصبي والشعبي	٨٧
المبحث الثاني في الالتهاب المزني للغشاء المخاطي القصبي والشعبي	١٢٢
المبحث الثالث في تشنج الشعب أو التزيف الشعبي	١٢٥
المبحث الرابع في تشنج عضلات التنفس	١٣١
المبحث الخامس في السعال التشنجي	١٣٢
الفصل الثالث في امراض المجرى الرئوي	
المبحث الاول في الضخامة الرئوية	١٤٧

- ١٤٨ المبحث الثاني في الضمور الرئوي  
 ١٤٩ المبحث الثالث في الانقباض الرئوي  
 ١٦٨ المبحث الرابع في تناقص كسبة الهواء في الحسلايا الرئوية أو  
 الاتسكازيا أو الهبوط الرئوي أو انضغاط الرئة  
 ١٧٣ المبحث الخامس في الاحتقان الرئوي وأوذيم الرئتين  
 ١٨٧ في نزيف أعضاء التنفس  
 ١٨٨ المبحث السادس في النزيف الشعبي  
 ٢٠٢ المبحث السابع في النزيف الرئوي الغير المحصور بقزق في جواهر  
 الرئة أو السدد الرئوية أو التغيرات الانتقالية الرئوية  
 ٢١٢ المبحث الثامن في النزيف الرئوي المحصور بقزق في جواهر الرئة أو  
 السكتة الرئوية  
 ٢١٣ { في الالتامات الرئوية  
 المبحث التاسع في الالتام الرئوي اللبني  
 ٢٤٨ المبحث العاشر في الالتام الرئوي النزلي الحاد  
 ٢٥٥ المبحث الحادي عشر في الالتام الرئوي التلاقي المزمن أو تيبس  
 الرئة والكهوف لشعبية  
 ٢٦٤ المبحث الثاني عشر في الغنغرينا الرئوية  
 ٢٦٨ في الدرن الرئوي  
 ٢٧١ المبحث الثالث عشر في الارتشاح الجني والتسارن المزمن الرئة أو  
 السل الرئوي  
 ٣٢١ المبحث الرابع عشر في الدرن الدخني الحاد  
 ٣٢٥ المبحث الخامس عشر في سرطان الرئة  
 ٣٢٧ { الفصل الرابع في أمراض البلعور  
 المبحث الأول في التهاب البلعور  
 ٣٥٥ المبحث الثاني في الالتهام الصدري



- ٣٥٨ المبحث الثالث في التجمع الغازي الصدر
- ٣٦٨ المبحث الرابع في درن البلدورا
- ٣٦٩ المبحث الخامس في سرطان البلدورا
- نذيل لامراض أعضاء التنفس
- ٣٧٠ في امراض الانف
- المبحث الاول في احتقان الغشاء المخاطي الانفي
- ٣٧٨ المبحث الثاني في نزيف الغشاء المخاطي الانفي
- في امراض الجهاز الدوري
- ٣٨٤ لفصل الاول في امراض القلب
- المبحث الاول في ضخامة القلب
- ٤٠٧ المبحث الثاني في تعدد القلب
- ٤٢٠ المبحث الثالث في ضمور القلب
- ٤٢٤ المبحث الرابع في التهاب الغشاء الباطن للقلب
- ٤٣٩ المبحث الخامس في التهاب القلبي العضلي
- ٤٤٤ في الافات العضوية للصمامات القلبية
- ٤٤٥ المبحث السادس في عدم كفاية غلق صمام الاورطي وتضايق فوهته
- ٤٥٣ المبحث السابع في عدم كفاية غلق الصمام القلبي وتضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى
- ٤٦٤ المبحث الثامن في عدم كفاية غلق الصمام السيني وتضايق فوهة الشريان الرئوي
- ٤٦٦ المبحث التاسع في عدم كفاية غلق الصمام ذي الشراقات الثلاث وتضايق فوهته
- ٤٦٧ المبحث العاشر في الاستحالات المرضية للجوهر العضلي من القلب والتولدات الجديدة والطفيلية فيه
- ٤٧١ المبحث الحادي عشر في عرق القلب
- ٤٧٤ المبحث الثاني عشر في التعقيدات البنيوية في القلب

المبحث الثالث عشر في العيوب الخلقية للقلب	٤٧٤
في الامراض العصبية للقلب	} ٤٧٩
المبحث الرابع عشر في الخلقان العصبي القلبي	
المبحث الخامس عشر في الالم العصبي القلبي أو ألم الضفيرة القلبية	٤٨٣
المعروف بالذئبة الصدرية	
المبحث السادس عشر في داء باص دو	٤٨٥
الفصل الثاني في امراض التامور	} ٤٨٩
المبحث الاول في التهاب التامور	
المبحث الثاني في التصاق التامور بالقلب	٥٠٥
المبحث الثالث في الاستسقاء التاموري	٥٠٨
المبحث الرابع في التجمع الغازي للتامور	٥١١
المبحث الخامس في درن التامور	٥١٢
المبحث السادس في سرطان التامور	} ٥١٣
الفصل الثالث في امراض الاوعية الغليظة	
المبحث الاول في التهاب طبقات الاورطى	} ٥١٩
المبحث الثاني في اينوريزم الاورطى	
المبحث الثالث في تمزق الاورطى	٥٣١
المبحث الرابع في تضيق الاورطى وانسداده	٥٣٢
المبحث الخامس في امراض الشريان الرئوي	٥٣٣
المبحث السادس في امراض الجذوع الوريدية الغليظة	٥٣٥

بيان صواب الخطأ الواقع في هذا الكتاب

سطر	صحيفة	خطا	صواب
٥	٢٣	لاشكل	لاشكل لها
٢٠	٢٣	لنزلية	لنزلة
١	٥٢	للخجوة	للخجرة
٥	٧٨	السكورة	السكرة
١٠	٨٧	الامر حاصل أعقبه	الامر أعقبه
١٤	٩٤	المترهضين	المترهين
١٨	٩٤	بجزار	بجزاره
٢	٩٥	أعطاس	عطاس
٨	١٢٢	المريضى	المرضى
٢٤	١٢٤	بفياها	بيناها
١٩	١٢٧	تنققح	تنققح
٢	١٤٤	العلوم	العلوم
٢٤	١٤٤	خزخز	خزخه
١٠	١٤٦	مركبات	المركبات
١٧	١٤٧	روكيدنسكى	زوكيتنسكى
٢٥	١٥٨	ولد	ولدا
٢٥	١٦٤	المبحث	المبحث
٢	١٧٢	التنفصى	التنقمى
٩	٢٤٢	تقوسم	تقوسم
١٢	٢٦٨	توددى	تودى
٢٠	٢٧٧	بدون ان يكونوا	لم يكونوا
٢٠	٢٩٧	الطلب	الطلب
١٣	٣٠٧	اذا كا	اذا كان
٢١	٣١٠	تعظيم	تنظيم

سطر	صحيفة	خطا	صواب
٧	٣١٧	المغذى	المعدى
١٢	٢٤٦	المتكسبة	المتكسبة
١٧	٣٥٠	بكسرة	بكسرة
١٧	٣٦٠	فسادوين	فسادى
١٥	٣٨٤	المرضى	المرض
١٥	٤٠٣	العرض	العرضى
٢٤	٤٨٧	بازيزا	بازيز
٨	٤٩٦	بطيأ بطيا	بطيأ بطأ
٢٥	٥٣٠	يستحق	تستحق
١	٥٣٤	لالتهايات	الالتهايات

\*(٣)\*



الجزء الاول من وسائل الابتهاج في الطب الباطنى  
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس  
الدكتور حضره عزتو سالم  
سالم بك معلم علم الامراض  
الباطنية بالدرسة  
الطبية المصرية  
السنة

912  
4/5

ما فتح

بسم الله الرحمن الرحيم

حمد الممنوع الاذهان مضى الفكر في تدبير حكمته وأوضع البرهان لاهل  
البرهان فبروا من داء الجهل وربقته عرفوا مقدار العلم ففقهوا كلام  
جواهره وأعراضه واحقهوا من كرويه مشربة سائفة ففقهوا من أدواء  
البأس وأمراضه فبصغره من لطيف شاف تنزه عن العلل في أحكامه وأفعاله  
وحكمه كاف خير بأحوال عبده في صحته واعتداله عالم بتشخيص خفايا  
البواطن والظواهر في مخلوقاته ما فتح بتخصيص لطفه نوع الانسان في جميع  
أطوار حياته فيافوز من شرح الله صدره بإخلاص النية فبجاو كان سالما  
فائزا بإتلاص من حالة الامراض الباطنية وصلاة وسلاما على من داوى  
صدر الاسلام بكارم مراجع وجبر ما اتلم فسلم من مكاره الادواء واه  
مكارمه فسرى منه نور هذا الدين المتين وجرى على يده شفاء صدور قوم  
مؤمنين طيب الثلوب ودوامها وعامية الابدان وثباتها وترضاها كاملا  
ورضوا فاشاملا على آله وذريته وهيبه من سلكوا في آداب شرعته منهاج  
طبه ثم نقي به هذا الدعاء المقبول الذي هو دواء الصلوات الربانية موصول  
بجميل الثناء الاكل وجزيل الدعاء الاجل لمن أكسب هذه الاوطان  
مجدد الاثيل واكتسب به حل نقرها بالليل فمن مبلغ عين شم أن مصر

الآن صارت انسانها ومن يجهل من يجهل انها في هذا العصر تنافس حسانها  
وتحسان حسانها كنفلا وقد أجرى في جثمان هذا الوطن العزيز روح  
العدالة الكسرية وأبدى من نتائج العمران ما تهاجره مائة النصفية  
بالكمال المهيم القهرية فبذلك جعلنا يداه انسان حال الشكر العام  
ويواجهه عنوان القهر على هذا الاحسان والالعام

بهمرنا أهل مصر خير آل \* وركن فخارهم أخصى مكينا

لناهم نخسبهم عاوال \* وصاحب مصر اصيل فينا

ثم من تثار إلى هذه الموجة المكرية ومات فرعونها من فواض الاغصان  
وأفهم الفكر في تبعات أشعة الذوية الدورية من شمس إشراق هذا الزمان  
يحكم بالانصاف ان حضرات أنجاله النخام حذوا حذوه في جدي الخلال  
والاوصاف بجميعهم له حب المعارف يمكن أمكن وطب العوارف  
منهم واحد لا لاهل كل علم أو فن فالتناء في ذلك عليهم ومنع كل علم تغيير  
ظهر في هذه الاوطان فهو منهم واليهم فلما حل حضراتهم يقول وفي  
ميدان الاختار يقول

جبلت سرايرنا على \* حب المعارف والعلوم

لاغروراً فاسادة \* سارت بسيرتنا الصبوم

أدام الله - حضرة الاندوب الاعظم وأنجاله الكرام عقد فخاره الانعام وأيد  
بتوفيقه الكامل الحسن الى ما يعود بالنفع التام على وطنه الذي هو أسمى  
وطن ولا زالت شعوس فائزهم من مرقه منيرة وغصون ماثرهم ورقة  
نضيرة وظل مراحمهم مدودا ولواءهم مدودا حتى تقباهي بماثرهم  
مصر بأبى قناع وتشرق كواكب أمانهم من أفق الصباح منتشرة  
الشعاع \* (وبعد) فيقول راجي احسان الكريم سالم الحكيم  
لا يخفى ان شرف العلوم يتفاوت بشرف مدلولها وقد رهايعظم بعظم  
مصولها فما كان موضوعه أجلا وأشرف ومعرفته من بين سائر المعارف  
أدلى وأعرف وقعه أعم وأظلم ودليله أخضر وأحكم كانت مكاتبه أعلى  
وأرفع وغايته أنقى لضده وأقنع ببيانته مكنين التوثيق وقبائه قريين  
لتصديق وماذا لا يعلم الطب لكون موضوعه بدن الانسان الذي هو



أشرف الموالد الثلاث (أعنى الجماد والنبات والحيوان) ولهذا أجمع الامم  
 والممل والملذذ والمجل والنفقت الكلام والتشديدات من سائر اصناف  
 الخلفاء بالقياسات العجبة السليمة والتجارب المستندة على  
 فضل صناعة اناب وبلانها وعلو مرتبتها ونظامها كيف لا وقد استعملها  
 الانبياء والاولياء واقتدى بهم الخلفاء والانتفاء وحسبك به شرفا وفضلا  
 ونباة ونبلا قول من ليس الا بالحكمة يتكلم فيما نصل الى الله عليه وسلم (الحمد  
 علمان علم الابدان وعلم الايمان) وناهيك بقديعة في الذكر لإشارة لتقديده في  
 الخيال والفكر وقوله عليه الصلاة والسلام وقد نعلق بأعظم كلمة جامعة لنفع  
 الانام (اشنان لا يصمان الصبح الهني والمرضى المخطئ) ولذلك قال الحكماء  
 الخلط في زمن العمة كالتداوى والحمية في زمن المرض والا ساديت في ذلك  
 كثيرة (كحديث تد او وفاق الله لم يضع داء الا اوضح له دوا وعترده واحد وهو  
 الهرم) هذا ولما كان في النعم لم يترك المصرفة عاتة إلا أسداها ونعمة  
 ناقة الأحسن بها الى أناسهم وأهداها أعاد لهذا الاوطان حليتها الاولية  
 حتى صارت الآن كغيرها من الممالك المتحدة بجميع المنافع العمومية  
 ولم تال عناية حضرة بهمد في ترقية العلوم والفنون التي من أنفسهم اعلم  
 الطب الذي كان يرى أنه في زوايا النبل ما يمكنون له حفظه الله بأن صناعة  
 الطب من أجل العلوم السياسية وأكل القواعد الاساسية وانما أشرف  
 للعلوم الضرورية في القدر وحفظ نوع الانسان في كل زمان ومكان فلا غرو  
 انه حرسه الله بعين عناية ورفاهية حفظه ورعايته موفق لتقدم هذا الوطن  
 واصلاح مزاجه بأنواع من المكافؤ والمثني وما ذلك الا بجمع اسماعيلية  
 وحكم ابقراطية شغف وله الشناء الاجل بتصيلها وأحاط به العزم الاكل  
 يصيلها وتفاصيلها هذا ولما وجهت الحكومة المصرية الى البلاد  
 الالمانية في سنة ١٢٩٥ وتبعثت بتفصيل العلوم الطبية العلمية  
 والعملية من ضمن الرسالة الى مدينة موضح الشهيرة التي هي تحت ملكة  
 باويرة فلم تنحصر عنى وحشة الاعتبار بل عفا الله في سبيل اجتهادى  
 من أبواب التعبير خرباب وكانت عزيمة التشوق الى نيل المراد تسابق مع  
 التشوق الى العود للوطن بالاحياء

وبقيت بين عزمين كلاهما \* امضى وأخذ من شباقستان  
 عزم يشوقني الى طلب العلا \* وهوى يشوقني الى الاوطان .  
 وتحملت في ظل الساحة الخديوية على اتمام الدراسة العلمية والعملية  
 واكتسبت على طبق فرغوبتها ما رسم لي تعليمه ووجب علي تفهيمه وتفهمه  
 حتى نلت درجة الدكتورية التي هي لجازا الاجازة استعاره فلتصريحه  
 بتحقيقه وذلك بعد ان صار اختباري في جميع العلوم الطبيعية والطبية  
 بتاريخ الثاني من شهر ديمبر سنة ١٨٥٣ ميلادية وقد تفضل الحيوان المشهور  
 والنظامي التحرير جناب المعلم فيغير الذي تلقيت عنه فن الامراض  
 الباطنية بأحسن تعليم والمناضل عني بسنان اللسان في هول ميدان هذا  
 اليوم العظيم بمقالة حماسية تشجيعاني حال وقوفي أمام جمهور معلمي دار  
 العلوم الملوكة وغيرهم من الامراء والعامة الحاضرين بهذه الجمعية  
 المناقشة عما في رسالتني المشتملة على ملحوظاتي في اداء القيل وعملياته ومسائل  
 شتى فاثلا هذه المقالة المأثورة وهالك خلاصتها بعد تحريرها من اللغة  
 النمساوية الى اللغة العربية المشهورة \* (أيها السادة الحاضرون والامراء  
 الناظرون) لا يخفى أن اليوم الذي تعطيني فيه درجة الدكتورية لمن  
 استحقها من الشباب لحسن تعلمه مع غاية الاجتهاد ونهاية الاتقان  
 والمواظبة على علومه الطبية العلمية والعملية أعظم عباد سعيد يسره  
 الحاضر والبادي والداقي والبعيد يسد أن حصول هذا الامر الجليل  
 في هذا اليوم لا يقاس بتقدير ومثيل فان هذا الشاب الذي يريد أن يتقوج بهذا  
 الساج ويرتقي الى صهوة القرح وذروة الابداج لاشك انه من أقطار بعيدة  
 عنا باعتبارين متباينين حسا ومعنى مشرقى الاقليم وافد على هذه الديار  
 بقصد التعلم والتعليم وهذا الامر أوجبني الى التفكير في التقلبات والتواريخ  
 المتعلقة بالاحوال البشرية فان بلدنا السعيدة التي استحققت ان تسمى  
 بأئمة الجريدة لما في الآن من مشيد الانبية والصنائع والعلوم اذا قابلتها  
 بهاتيك البقعة المجهدة في استرجاع ما كان لها قديما من الشرف المعلوم فقد  
 بلادنا بينما كانت اعينها محجوبة بغشاء الجهالة التوحشية غامسة بسوانم  
 الحيوانات الوحشية ليس بها الا قبائل هرجية مجردون الاعن الصور

الانسانية وحالة نزالة في جميع الجهات يعيشون بطور هذه الحيوانات  
ويستقرون بجلودها ولا يعرفون صنع حلال من ماء ولا يبرودها كانتهم غيبس  
(اي خفف الواقعة غربي البدرشين) التي كانت اذ ذل الوقت المملكة القرعونية  
وقاعدة هاتيك البلاد المشرقية مستغنية بمصباح نجاج العلوم والمعارف  
مستغنية بأنوار المصانع والطوائف كيف لا ومنها اقتبس قدماء اليونان  
وأخذوا عنها ما صاروا به على الدنيا بأسرها في تلك الايام فقد نشر واما  
اكتسابه منهم في هاتيك البلاد ونفروهم في بلادهم اليونانية لنفع العباد حتى  
انه لم يغرب عن معبرها هذا النور فيما تأخر عن ذلك العصر الاول من  
العصور فانه عند شروعه شر لماز وخلفائه يعنى في ابتداء دخول القطن في  
بلادنا واتخاذهم فيها نقطة مركزه وخط استوائه وتعليم امراده ولسنا  
حروف الهجاء كانت دولة العرب التي تبغ منهم هذا الشاب سالكت في اوضح  
سبيل القطن منها وكان فيها ما يكفيها من ثمرها وفلاسفة ومهندسين لاسيما  
مذاهب الاطباء النطاسيين الذين اقتفوا آثاء اباء اليونان وعلمائهم وترجموا  
كتبهم وشادوا أبحاثهم مؤسسة على اساس بنائهم حتى كانت معارف  
مصرهم تستعيرها الدنيا في عصرهم ولم تزل مصر على ذلك الى أن آذن جيش  
العلوم لهجرة عن مغانيها واخذ في الرحيل عنها تدريجا بعد ان كان يحيا  
بواديه وما ذلك الا لما لم يصرف في تلك الازمنة من سوء مجتها حيث هاجرت  
منها تلك العلوم وتخذت بلاد أوروبا دار سلطنتها ومقر فتحها فازهرت فيها رياض  
العلوم وامتلات برزالاتها حياض الازهار والفهوم لاسيما في تقدم الدرجة  
الاكتسابية المتعلقة بالعلوم الطبية التي استجقت أن يهاجر الى اكتساب  
لبابهم من جميع الاقطار ويتفاد في اكتسابها في اوجها على بعد الدار فالتأثر  
ان الدولة العلمية واخذت بولاية الجليل المصرية والبلاد اليونانية يرسلون  
شبانهم للاقتباس لاسيما اقتباس الطب الالمانى المتقدم في الدرجة وجود  
الاساس وفي ما يب منبه وحسن غرامه وجلالة موقعه ومن جملتهم هذا  
الشاب النقيب والامير اليب الذي أرسلته الحكومة المصرية الى دار  
المعارف ليلدتها فكرمته شواهدنا اليه من حسن التعاليم ما هو فوق قدرتنا  
كي نقول بجماعتها وفيه توسعنا ولا شك انه باجتهاده المصيب حصل من التعليم

على اوفر حظا وافر نصيب حيث انه من اكثر التلامذة تعليما وغبية مع ما فيه لحمايه من زيادة اللفة والمحبة وهذه الصفة الحميدة وان وجدت عند اهل المغرب الا أنها مختصة ببعض الافراد لكنهم عند اهل المشرق جبلت عامة غريزية في طباعهم وتجارة راجحة لا يلقونها في سوق الاخلاق عيب الكساد والامل فيه أن يفسر ما كتبه منا وما تلقاه عنا ويث في وطنه معالديه من تلك المعارف بين يديه ليعطى بذلك أوج المعالي وتظهر غيرة ما اقتنصه بحجم فكره الثاقب في جنح الليالي كل ذلك مع اقرارنا بأن ما اقتنصه عندنا من انوار المعارف واحتوى عليه من اسرار الطائفت ليس الاغرة من شهرة العلوم الزكية التي كان وطنها القديم ومنبعها الاسبق ديار مصر البهية فكانت باضاعتهم اذن العجا وضاء القاهر المكتوبة المستمرة في أفعال الزمان عادت بانفع العظيم عليها (انتهى)

فكانت هذه المقالة التي أبدعها هذا الشهير عند تقليدي برتبة الدكتورية ومصاحفهم لي على رؤس الاشهاد سببا في حرصى على ما اكتسبته وغرس النية في نشر هذا الطب الالماني في وطني العزيز مع عناية الاجتهاد فبعد ان صاغت يد قلبي بالصحة والسلامة وبذات الجهد في اجراء صناعتى مع حسن الاستقامة اجتنبت بائع الاحسانات الخديوية وتوصلت بعدد الخدمات العديدة بشعور الانتظار الكريمة في اقرب وقت على ان صرفت معلمي الامراض الباطنية في المدرسة الطبية المصرية

ومما ينبغي ان تتوجه به في صدر هذا الكتاب ولجعله من خطبته بمنزلة فصل الخطاب هو الشنا على الامير الجليل الذي ثبتت قضايافنا عليه بأوثق برهان واصدق دليل سعادته مصطفى رياض باشا ناظر عموم المدارس والاقواف المصرية السالك سبيل العدل والتوفيق في مستشارية الداخلية كما أسأ شخص بالثناء خصوص مدارس وطننا وما اذهى التي ارضعتنا ندى تعليمها من طوقا ومفهوم لاسم المدرسة الطبية فلها على مزيد اختصاص الثناء بمقتضى المحبة القلبية وكذلك لا ننسى الاذعان بالثناء على من سبقنا في تعليم علم الامراض الباطنية وهم المرحوم شافعي بك ومسيو جرسنجير ولا سيما سعادته جرجير بك حيث اقتبست من انوار فرائدهم العلمية والعملية

هذا ولما تشرفت من لندن ساحة الكادام الحقيقية في سنة ١٢٨١ هجرية  
بالترتبة الثلثة السنية وانتم هاتيك الاعتاب تشكرا لاجسامك هذا  
الجناب اشار الى سعادته بأن جل مرغوبه وغاية مطلوبه أن يكون التعلم  
في مدرسته على نسق الكتب الجليلية المستحقة التي عليها مدار المعارف  
الآن مهينة ومستعنة فما كان جوابي الا المبادرة في تفصيل هذا المرغوب  
بوضع كتاب جامع لقواعد هذا الفن على النسق المطلوب فاجرت أشق لهذا  
المرام وأنفع للتأص والعام الا ترجمة كتاب الشهير (نهيير) حيث انه مؤسس  
على الاستكشافات الفسيولوجية والتشريحية المرضية المستحقة وانعقد  
الاجماع على أن ما في هذا الكتاب الى وقتنا هذا لا يكاد يوجد في كتب عدة  
حتى صارت ترجمته بأغلب لغات أوروبا وعليه تعليم جهابذة على مدارسها  
الابيا فلم آل جهدي في ترجمته محررا على معانيه ودقة مبانيه بجهدي في  
تقرير قواعده وتحرير معاقده وتقرير مقاصده وتبكيه فوائده وبسط  
موجزه وحل ملغزه وتقييد مرسله وتفصيل مجمله مضيفا اليه في كل  
مبحث من الامور النافعة العديدة والملاحظات الشاردة المفيدة مما يجب  
على ابرازه ويلزم في احرازه وانجازته حتى صار مدار التعليم عليه في المدرسة  
الطبية كل سنة وتداولته الايدي بأسهل طريقة مقبولة مستحسنة يبدأ  
سلكت مسلك التؤدة في طبعه ليكون مؤلفه لم يزل باذلا للجهد وكل سنة في  
تقيقه وحسن جمعه حتى انطبع غاي مرات في قليل من السنوات وكل  
ما اضافته واستحسنه بسبب تقدم العلوم الطبية في هذه السنين هكت  
عراية رايته الاخذ لها باليمين فانبذت فريدة الا التقطعها ولا برزت خريدة  
الا جلتها كي أجاريه في ميدان الصفاق لاخر طبعه واستحصل على غاية  
المأمول في عموم نفعه هذا مع تنبيه على فوائد علمية أو عملية أستظهرها  
واستدلالات اخصها بتبسيه في محالها واذا ذكرها وسلكت في استعمال الالفاظ  
الطبية ما كان مدونا في كتب الطب القديمة العربية الواضحة المبني الصريحة  
المعنى المتداولة ايضا في الكتب المستحقة المستعولة المستعدة وأهملت  
ما استحسن قاتباع المعروف أولى فلا أنشئت بالفاظ لانكاد تفيد المعنى  
فضلا عن بعدها جفسا وفصلا فان كثيرا من الاطباء استعمل ألفاظا يونانية

أولاً تبييناً أو عربية مجبورة أو محدثة التركيب مادت بموتهم قطعاً فانهم مع  
استحسانهم لم تصادف محالاً ولم تجد نقعاً هذا وبمحمد الله لا أنسب إلى الـ  
ما نصحت عليه ولا أغضب كلام غيري وأعزوه لنفسى فكل أولى بما لديه  
وأثرت تعريب هذا الكتاب لما انطوى عليه من أنواع المنافع دون تأليني  
لكتاب خاص باسمي جامع مانع وثوقاً بأن هذا أجدر مني وأكثراً مما غير  
أنى سأذله بشرح التغيرات المرضية العامة وهذا منوط بالبايولوجية  
العامة لتسكون أوصافه الجيدة قائمة حيث أن الأصل حتى عن ذلك الشار  
وتجزد اللغة العربية عن الدرجة التي عليها العلوم الآن فيكون ثم نسبة بين  
شرح التغيرات المرضية الموضوعية أعنى البايولوجية الخاصة والتغيرات  
المرضية العامة أعنى البايولوجية العامة وبذا تتم الامنية فدونك كتاباً  
تشد إليه الرجال وتتقاد إلى فوائده أزمة الآمال تفتقت عن ازهار الطب  
الكامه وانضمت ما بين اترابه اعلاه فكم انما يفت الطب عن أنفاس  
عيسوية ويطل القويحات وله البدل البضاء بأيد عسوية فهو في باب  
معرفة الطب المفرد العلم قائلاً في نعم طلاله فالأول لا يجرم  
ودع كل صوت غير صوتي فاني \* أنا الصادح المحكي والآخر الصدى  
فلا غرو ان يقدم غيره وان تأخر منشداً والنبي بالنبي يذكر  
واني وان كنت الأخير زمانه \* لا تبخل على من استطعه الاوائل

فكم ترك الاول للآخر من حسن الماتروجيل الفاخر حتى ان بعضهم  
قال وعن الحق ما حال كيف لم يترك الاول للآخر شيئاً والعلوم وترتيبها  
انما هو من نتائج العقول وتهذيبها وقد منح الله العقل للآخر كما منحه الاول  
وليس العلم وقفاً على قوم ليفلق بعدهم باب الملكوت ويمنع المزيد عن العالمين  
بل واهب العلم الذي هو بالافق المبين ما هو على الغيب بضئين ولهذا قيل  
اذناوت الازهان والهمم فتأخر كل صناعة خير من متقدمها ويقال ليس  
كلمة أضر بالعلم من قولهم ما ترك الاول للآخر شيئاً اذ كانت تقطع عن العلم  
والعلم وتقصّر الآخر على ما قدمه الاول فكما ان الاوائل فازوا بالبقى إلى  
استخراج الاصول ونهيهما فالأولوا اشتغلوا بتفريع الاصول وتشبيدها  
وكما ان الاوائل فضلوا على من بعدهم بالتأسيس والتهميد فكذلك الاواخر

فحق من قبلهم بالتلخيص والتجريد ولا غرو ان ماذ كر باستكشاف  
 البصيرة جدير ولا ينبغي ان يخلو من هذا الامر وان انهمت حقيقة مثلا  
 بالنسبة لبعض العلوم التي بالنصوص الا انها جليلة واضحة في فن الطب على  
 الخصوص فقد كان ابتداء عبارة عن مجموع تجارب مشاهدات من عقول  
 مستفيرة فاقبل بالذكا وحدة الذهن وكثرة التجارب وتعمقها وتطبيقها  
 مع بعضها الى مذاهب شتى مشهورة كذهب الاخلاط والجوامد والمخانيكي  
 والطوريين وسرى التعليم على هذا التسق عدت من السنين الا ان  
 الاستكشافات العلمية المستجدة احدثت فيه من التغيرات عدة حتى زاد  
 القرع عن أصله وامتاز في جنسه وفصله فمن ذلك علم التشريح الانداس  
 الذي كان سابقا معلوما على وجه الاجمال وكل من التشريح المرضي وعلم  
 الوظائف الذي اكتسب من انوار علم الطب ثوب البهائم والكمال وكذا علم  
 البحث الطبيعي بما فيه من استكشاف القرع والتسمع والابحاث الكيماوية  
 زيادة عما حصل من التحقيقات العلمية والعملية الخاصة بالافراد والدوائية  
 الطبية وأفعالها الفسيولوجية وتأثيراتها العلاجية فانظر كيف اتقل  
 هذا الفن من ضيق التجربة والقياس والتضييق الى أوج المعارف  
 التحقيقية المؤسسة على قواعد صحيحة وركن متين وكان متوظفا على  
 وظيفة تهذيبه وتقييده وشارده وتأهيل غريبه حتى سعت  
 سوائحه سعة الانتقاد وما برحت يوارحه الا في اقبال قبولها وترويج  
 القواد سلافة السادة الانصار وفتحة الافاضل الذي اكتسب هذا الكتاب  
 من امداد مداده وبراعة يراعته بجال كاله فهو كامل من كمال العلامة  
 الواصل النليل حصة الشيخ محمد الطهطاوي ابن اسمعيل فما أجهمت  
 عليا من مسئلة أجمية الا واغرنا عليها بسوانق الازهار وكأني احرارها فرسى  
 رهان وشريكي عان فقتنص بأجوبة القهوم فانتدب لزامه السمـد  
 ومسامرة النجوم وما مرت كلمة الا كافيها كندما في بدنية ولا غرو في  
 هام في عشق نبات الانكار أمهرها بناتس أنفاسه واجتلاها اجتلاء  
 الابتكار ومدتم عقد هذا الكتاب التنظيم وناداه طيب الارواح ها قد سلت  
 وشفي الله صدر من تلقا قلب سليم (سعيته) وسائل الابهاج في الطب الباطني

والعلاج واقه آمال وبنية أوصل أن يجعله لا بناء الوطن ناقما ولقد در  
مطالعه رافعا هذا واتى أبرأ اللهم اليك من الحول والقوة فلا حول  
ولا قوة الا بك والتعير بين يديك انك جميع قريب والدعاء بحبيب

• (في أمراض أعضاء التنفس) •

• (المصل الاول في أمراض الخبيزة) •

• (المبحث الاول) •

في الاحتقان والالتهاب التزلي للغشاء المخاطي

الخبيزي ويعرف بالتهلة الخبيزية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

حق امتلائ الاوعية الشعرية للاغشية المخاطية بالدم ينشأ عن ذلك التمايان  
نزلية فيها أعنى حصول اقراض مرضى واتفاخ ورخاوة في جوفها وتكون  
أخيلة حديثة جديدة متقاوئة الكمية بل الاحتقان الميانيكي للاغشية  
المخاطية ينتج عنه التهاب تزلي فيها ألا ترى ان الالتهاب التزلي في الغشاء المخاطي  
المعدى والمعوى يحصل مثلا من الضغط الواقع على الوريد الباب وان الالتهاب  
التزلي في الغشاء المخاطي الشعبي ينتج عن عوق انصباب دم الاوردة الشعبية  
والرئوية في القلب المصاب فعلى هذا و غ لنا ان نشرح احتقان الغشاء  
المخاطي الخبيزي والشعبي والتهابها التزلي في فصل واحد ما لم نطلق لفظ  
الالتهاب التزلي كالعوام على التهاب الاغشية المخاطية التي تحصل من تأثير  
البرد ويستعمل لاجل معالجتها شرب المنقوعات العطرية الحارة كاليلسان  
والندثر بالقصص الصوف • (تنبه) • اعلم انه لا يعنى بالتهلة هنا ما كان يعبر  
عنه عند القدماء بنزول مادة من الدماغ الى الانف ويسمى زكاما أو الى  
الحلق والخبيزة والشعب وغيرها من الاعضاء المجوفة المغشاة بغشاء مخاطي  
ويسمى تهلة حارة تارة وتارة باردة بحسب خواص السائل منها كما ذكر الشيخ  
في قانونه بل المراد بالتهلة هنا مجموع التغيرات الغذائية الحاصلة في الغشاء  
المخاطي من احتقانه واتفاخه وسقوط طبقة منه البشرية وزيادة افرازه ونحو  
ذلك من التغيرات التفسيرية التي يعبر عن مجموعها بالالتهاب التزلي وبالتهلة  
أيضا



ثم ان الاستعداد للاصابة باحتمقان الاغشية المخاطية ونزلاتها يختلف  
اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص بحيث تشاهد جلة أشخاص معرضة  
لاسباب واحدة تصاب باحتمقات والتهابات نزلية في أغشية مخاطية مختلفة  
الانواع يظهر ان ذوى البشرة الرقيقة الذين يمرضون بسهولة أكثر استعدادا  
للاصابة بالالتهابات النزلية من غيرهم فان الأشخاص الذين يوجد عندهم  
استعداد أكثر للعرق يحصل لهم وله تبريد يخاف في الجلد عقب تصاعد  
العرق وذوى الأغذية الرديئة والأشخاص المنوصون بالقليل المقاومة  
بالقسوة للمؤثرات الظاهرة أكثر استعدادا من غيرهم وكثيرا ما لا يعرف  
توجيه زيادة هذا الاستعداد واثارها ان الرفاهية تزيد الانزى ان الزراعيين  
والرعاة ونحوهم من كل معرض على الدوام للتقلبات الجوية أكثر اصابة  
بالالتهاب النزلي من المتعبدات دائما بالمعيشة المترفة الجلوس مع نذرة تعرضهم  
للاسباب السابق ذكرها والى الآن لم يتضح لنا انه كون أشخاص معرضين  
لاسباب واحدة بعضهم يصاب بالتهاب نزلي في الخنجرة مثلا وبعضهم بالزكام أو  
النزلة الشعبية وبعضهم يسهل نزله وانما يظهر ان اصابات الخنجرة وأعراضها  
العضوية تزيد في استعداد غشائها المخاطي للاصابة بالالتهاب النزلي فانه يصير  
بذلك قليل المقاومة وان تكرر الالتهاب فيه كغيره من الأغشية المخاطية يزيد  
أيضا في هذا الاستعداد (ويزيد أيضا في الاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلي  
للفشاء المخاطي الخنجري وجود ديسكرازات مزمنة كداء الخنازير والتسمم  
الزئبقى بدون أن يكون هذا الالتهاب النزلي عرضا تابعا للداء الزهري)  
وأما الأسباب المتقدمة لهذا المرض فتم المؤثرات الموضعية التي تؤثر في الغشاء  
المخاطي الخنجري بكمية مهيبة فحدث فيه التهابا نزليا كاستنشاق الهواء  
الزائد البرودة والأتربة والابخرة الحريفة والسعال الشديد والصباح بصوت  
عال والغناء ونحو ذلك وعلى ذلك في الأحوال الأخيرة ان الهواء ينطرد بقوة  
عظيمة من المزمار المنقبض فيحصل احتكاك عظيم في حوافه السابقة فينتج  
عنه الالتهاب النزلي كما ينتج عن المؤثرات اللاواسطية وقد يحصل هذا الالتهاب  
في الغشاء المخاطي الخنجري من دخول السوائل المهيجة في الخنجرة أو الماء  
الساخن بدرجة شديدة

ومنها تأثير البرد على سطح الجلد سيما اذا أثر في الاقدام أو العنق الا ترى  
ان ترك ارتباط العنق أو قطع الجريبات العوف من الاقدام كثيرا ما تعقبه  
بسوسة التزلة الخجيرة والارتباط السيئ في هذه الحالة الاخيرة وان لم يشك فيه  
الا أنه يتسرع توجيهه توجيها قويا ولو جيا كافيا

ومنها امتداد الالتهاب التزلي الى الغشاء المخاطي الخجيري من الاعضاء  
المجاورة اذ كثيرا ما يمتد ذلك عند حصول زلازل أنفية أو شبيهة بدون أن  
تؤثر اسبابا مضرّة جديدة ولا يندر امتداد الالتهاب التزلي من الغشاء المخاطي  
الباعوي الى الغشاء المخاطي الخجيري وعلى الخصوص الشكل التزلي لايعوم  
الذي ينتج عن الانقراط في اعطى المشروبات الروحية وتهيجها هذا العضو  
تهيجا لا واسطيا فان هذا الشكل يمتد بكثرة وسهولة عظيمة الى الخجيرة فالتا  
كثيرا ما ترى ان اعراض التزلة الخجيرة الحادة وبحة الصوت تعقب الانقراط  
في المشروبات الروحية ولولم يقع منهم صريح وغنايه من عال والمعتادون على  
الانقراط في المشروبات الروحية يكادون أن يكونوا مصابين على الدوام بالتهاب  
تزلي مزمن في الغشاء المخاطي الباعوي ويشارك في ذلك ايضا الغشاء المخاطي  
الخجيري قليلا او كثيرا

ومنها أنه لا يندر أن يكون الالتهاب التزلي للغشاء المخاطي الباعوي عرضا  
لمرض بني عومي ناتج عن التسمم بـصل معد أو ميازماني حاداً كان  
او مزمناً وذلك كالحصبة والجدرى والقيحوس والداء الزهري وليس عندنا  
معرفة تامة بالارتباط الفسيولوجي بين التغيرات الغذائية التي تشاهدها في  
الجلد والاعضية المخاطية وتغيرات الدم الناتجة عن هاتيك الامراض  
ومنها أن تكون التزلة الخجيرة ظاهرة تابعة لالتهابات نزلية عميقة في  
المسالك الهوائية كما في المرض المعروف بالجرب (أي الالتهاب الشعبي  
الوبائي) فان هذا المرض الوبائي التسمية لظهوره وامتداده والاعراض  
العامة المصاحبة له يشابه الامراض الطفيفية الحادة فان الالتهاب التزلي في  
هذا المرض يعتبر عرضا لمرض بني عومي ناتج عن تسمم منتشر

ومنها أنه قد تصاحب أخيرا أنزلات الخجيرة تقرحات الخجيرة خصوصا  
والتولدات المرضية الجديدة وهذه الالتهابات التزلية العرضية التي يحصل

فيها تورانات تارة وتارة انقطاع كالاختقانات المحيطة بالقرحات والاورام  
السرطانية الجلدية مهمة لاجل توضيح التغيرات التي تحصل في اعراض  
القرحات الخبيثة والتورانات المرضية لهذا العضو  
\*(الصفات التشريحية)\*

لا يشاهد في احوال الالتهاب التزلي الحاد للغشاء المخاطي الخبيث دائما  
درجة عظيمة من الاحرار والاحتقان الوعائي كما يظن من شدة الظواهر  
المرضية مدة الحياة وتظهر بالبحث بالتظار الخبيث وما ذاك الا احتواء  
الغشاء المخاطي الخبيث على الياف كثيرة المرونة فتتقدم مدة الحياة بسبب  
توارد الدم العظيم ثم تنقبض بعد الموت فيندفع الدم من الاوعية الشعرية  
وفي احوال الالتهاب التزلي الشديدة لا يندرج حصول بورات دموية صغيرة اى  
ايكيوز في منسوج الغشاء المخاطي وحينئذ يبقى هذا الغشاء ولو بعد الموت  
متلونا بالحمرة مبقعة وتقدم من سطحه الظاهر الخليايا البشرية الاسطوانية  
الشكل ذات الاهداب المهترئة ويوجد هذا الغشاء ايضا مغطى باقراز مخاطي  
متعكر يشاهد فيه بالمكروسكوب خلايا متعددة شفافة ذات فوأة واحدة  
تسمى بالخليايا البشرية الجديدة او بالخليايا المخاطية ومنسوج الغشاء  
نفسه يكون منتفخا رخواشا ويبدو ان يكون المنسوج الخلوي تحت الغشاء  
المخاطي مجلسا الارتشاح على غزير وهذه الحالة الاخيرة يعبر عنها باوزيما  
المزمار وينسرحها في مجت على حدتها

وفي احوال الالتهاب الخبيث التزلي المزمن يوجد الغشاء المخاطي داكنا  
اوازرق محمرا وسفرا (وهذا ناتج عن تراكم مواد ملونة سوداء  
ناشئة عن انسكابات دموية قديمة فيه) وأوعيته متعددة تعدادا والسواوتمثلة  
بالدم لان الغشاء المخاطي المنتفخ يتقدم رتته ويصير منسوجا قميانيا باسا  
ذاضامة وسطح هذا الغشاء يكون غير منتظم وموشجا بصيبيات رقيقة ناعمة  
عن امتاخ الاجرية المخاطية المتعددة وامتلأها وغطى تارة باقراز مخاطي  
زجاجي قليل السكبة وتارة باقرازه مفرغ غزير وهذه الاخيلة البشرية الجديدة  
النشأة عن كثرتها تعكر الاقراز المخاطي الصديدي فتكون غير شفافة حبيبية  
ولا يندروا أن تكون نواتها منقسمة وتشابه بالكلية الاخيلة الجديدة التي تشاهد

في الخراجات وحينئذ تسمى بالاخلية المخاطية بل بالكرات الصديدية ولولم  
 يجزا عن بعضها ما تميزا واخفا في جميع الاحوال  
 وبالبث بالمقار الخجيري الذي يمكن به مشاهدة التغيرات القشرية مدة  
 الحياة أجود منها بعد الموت ووجد أن الالتهاب التزلي في الغشاء المخاطي الخجيري  
 لا يكون ممتدا دائما على جميع سطحه بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض  
 أجزائه فقد يقتصر مثلا على جزء الغشاء المخاطي الخجيري المغطى للسان  
 المزمار أو الثنيات الترجهالية الدرقية أو الغضاريف الدرقية أو الاحبله  
 الصوتية الحقيقية أو الكاذبة ومن المهم معرفته الانتفاخ التزلي لجزء الغشاء  
 المخاطي الخجيري الكائن بين الغضاريف الترجهالية وأسفل هذا الجزء الذي  
 تكررت مشاهدته عند كثير من ضباط العسكرية المنوطون بتعليم العساكر  
 ويكون سببا لجهل أصواتهم كاذره العلم ليون  
 وزيادة على القروح الخجيرية التزلية والتولدات البولبوسية التي سنشرحها  
 في بحث على حدتها يؤدي الالتهاب الخجيري التزلي الزمن سببا لشكله الذي  
 يصاحب التقرحات الزهرية والدرقية الى تخن وتيسر المنسوج الخلوي تحت  
 الغشاء المخاطي واستحالة هذه الى مادة دهنية لبقية يفتح عنها ضيق عظيم في  
 الخجرة وفقد حركه الاحبله الصوتية وتيسرها يشاهد كذلك في احوال  
 الالتهابات التزلية المزمنة لاعضاء أخرى خصوصا التهاب المعدة التزلي الزمن  
 وهذه الاستحالة عبارة عن مجرد تضامة في المنسوج الخلوي وهي غير  
 الاستحالة المرضية المعروفة بالشحمية أو النسائية في غير الخجرة. ن باقى  
 الاعضاء

### • (الاعراض والسير) •

يندر أن يتسدى الالتهاب الخجيري التزلي بقشعريرة عامة بل في الاحوال  
 التي لا يتدفق فيها هذا الالتهاب الى الشعب تتقدم الحركة الحية المعروفة بالمحي  
 التزلية مدة سير المرض فتشاهد الحالة العامة للمريض غير مضطربة ولا يوجد  
 عنده من الاعراض سوى الاعراض الناجمة عن الاضطراب الوظيفي  
 لهذا العضو

فتشتكي المرض ابتداء باحساس بدغدغة في العنق أو ألم أو باحساس يجرح

فيه خصوصاً في الاشكال الشديدة من هذا المرض ويرتاد هذا الاحساس عند التكلم والسعال فان حساسية الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية لا تغطي الا في الدرجة الثانية من التفاريع الشعبية وعند ما يكون الغشاء المغطي للسان المزمار والعضاريف الترجه اليه أو الارتبطة الدرقية للسان المزمارية مجسداً للتهاب نزل شديد يكون الازدحام مؤلماً ايضاً

وينضم لذلك العرض الواسف لامراض الخنجرة وهو تغير الصوت بحيث يصير عبقراً غير نقي أبيض وقد ينطفئ بالكليّة ويصير قاصداً الرنانه (وما ذاك الا من الاتفاخ الذي يحصل في الحبال اى الاوتار الصوتية وتغطيها بالمواد المخاطية بحيث أنه بقدوم هذا التغير تنعدم رنانه الصوت بالكليّة وتنطفئ) ومن المعلوم أن تكون الصوت يحصل في الخنجرة فقط كما يحصل في حنجر مارلساني ذى السنة اى صمامات غشائية فالأوتار الصوتية السقلى تتقارب من بعضهم بالكليّة عند التكلم بحيث تبرز في الخنجرة على هيئة أغشية أو أوتار مقوّجة ومقوّجتها بالهواء المندفع من الصدرية مقسمة الزفير نشأ عن ذلك صوت يتعلق ارتفاعه وانخفاضه عند الشخص الواحد أعنى عند ما يكون طواه واحداً بدرجة التوتر التي تكون عليها الاحبال الصوتية وقد ذكرنا فيما تقدم ان الغشاء المخاطي الخنجري عند اصابته بالتهاب النزلى يتنفخ ويصير رخواً وأنه يتغلى باقر ازخماطى متفاوت الغزارة حتى حصل هذا الاتفاخ في الاوتار الصوتية صار توترها الناشئ عن انقباض عضلات الخنجرة غير كاف في احداث عدد التوجات الضرورية الناتج عنها ارتفاع الصوت الذي يمكن احداثه عندما تكون الاوتار الصوتية غير منفتحة فيصير الصوت عبقراً وعند وجود اتفاخ غير منتظم في هذه الاوتار وتغطيها بالمواد المخاطية يصير الصوت غير نقي أبيض كما كان وتزال الآلات الموسيقية التي توتيرة تصير رنانة غير نقية اذا دهن بمواد غروية وبالجمله فقد يصير كل من ثخن الاوتار الصوتية وارتخائهم اعطيا جداً بحيث ان اقوى درجة توترها بالعضلات الخنجرية لا يمكن في احداث توجات رنانة فينطفئ الصوت بالكليّة وهذا الانطفاء قد يتعلق ايضا باتفاخ الاوتار الصوتية الكاذبة اتفاقاً عظيمياً بحيث انه عند

ملاستها للآوتار الصوتية الحقيقية ومن أحوالها انقطاعها من القوج ووجهه الصوت عند المرضى قد يعقبها أحيانا دفعة واحدة تقمة وثالثة تيمتق الصوت بخاتمة من الزمن وما ذاك الا من كون الآوتار الصوتية المنفتحة المغطاء بالمواد المخاطية تلامس بعضها الخافة ملامسة برهة بحيث ينتج عن ذلك نوع عقدة وترية تتوج بانفرادها فيزداد عدد القوجات فيرتفع الصوت دفعة واحدة

ويضاف لكل من الاحساس بالدغدغة والحرقان ووجهه الصوت السعال ومن المعالوم ان المهيئات الشديدة التي تؤثر في الغشاء المخاطي الخنجري كدخول أجسام غريبة تحدث نوب سعال شديدة تعتبر نلوا هرا انعكاسية ومثلها يحصل متى كان الغشاء المخاطي الخنجري مجال التهييج نزل وقد يحصل في مدة نوب هذا السعال تشنج يتسوسى عظيم جدا في عضلات الزمار بحيث ان الهواء مدة الشهيق الذي يتبدى به نوبة السعال لا يدخل في الزمار المتضائق الابعسر عظيم معصوب بلغظ صغيري وأما دفعات الزفير التي تعقب الشهيق الممتد طيل الزمان فانها لا تقهر الزمار المتضائق وتقفه الاوقيا بحيث ينتج عن ذلك نوب سعال قصيرة متقطعة زبانة تدل على الالتهابات الخنجرية التزلية ثم ان حركات الزفير القوية عند تضائق الزمار ينتج عنها انضغاط ما احتوى عليه الصدر ووقوف استقرار دم الاوردة المنصبة فيه وذا يصير وجهه المريض أحمر مزرقا وتحتقن الاوردة الودجية متى حصل للمريض نوب سعال ومتى استقر هذا المرض زمانا طويلا يصير لفظ السعال منخفضا بسبب ثخن الآوتار الصوتية وإيج خشنا بسبب عدم انتظام سطحها

والنفت في هذا المرض يكون قليلا خصوصا متى كان الالتهاب التزلي قاصرا على الغشاء المخاطي الخنجري بل قد ينفذ بالكلية في ابتداء هذا المرض أو يكون صافيا زجاجيا محتويا على خليات بشرية هدية وعند تقدم هذا المرض خصوصا متى اتجه نحو الششاء يصير النفث نجينا صفرافا محتويا على خليات شبيهة بالكرات الصليدية فيكون سيقظ مخاطيا صديا وشكل هذا النفث هو المعبر عنه عند الاقدمين بالنفث النضج

ولكونه يندرس قفاخ المدروج الخلوى تحت الغشاء المخاطي وارتشاحه كان

من النادر جدا حصول ضيق في التنفس عند المدة مدي في السن في أحوال  
الالتهاب الترنحي الخجري بسبب اتساع المزمار عندهم بل يندر حصول هذا  
العارض أيضا عند الأطفال حصولا مستقرا في أحوال الالتهاب الخجري  
الترنحي البسيط ولو كان المزمار عندهم ضيقا ومكونا لنوع شق ضيق  
وقد يشاهد حصول نوب اختناق فجائية مديدة الدوم عند الأطفال الذين  
اعتراهم سعال وبحة في الصوت مدة النهار فيصير الشهيقي عسرا مستطعلا  
ويصير الطفل في حالة ضجر عظيم في فراشه ويستيقظ فزعاما وجهها يديه جهة  
العنق ويحصل عنده سعال ايج زنان وهذه الاحوال وان اختلفت كثيرا  
بالسعال الديكي الحقيقي وسببت بالسعال الديكي الكاذب تزول عما قليل من  
الزمن بالسكينة ومثل هذه الاحوال هي السبب في القول بأن اللبن الفاتر  
والاستفنج المغموس في الماء الساخن الموضوع على العنق والمبادرة  
بإعمال المقياتات وسائط قوية في قطع سير السعال الديكي الحقيقي وقد  
وجهت هذه الاحوال بتوجيهات مختلفة يقال بهن الأطباء ان هذا العارض  
ينجم عن تهيج الغشاء المخاطي الخجري تهيجا زائدا واتفقوا على ان تقاها وقتيا  
بجيبث يضيق المزمار ولا يمكن مقاومة هذا الضيق بواسطة الفعل العضلي  
لعضلات الخنجر كما يشاهد ذلك في بعض أحوال الزكام الذي فيه يسد أحد  
الحناسيم أحيانا ناسدا الجائباتا وقال بعضهم ان تهيج الغشاء المخاطي  
الخجري يعطى في مثل هذه الاحوال بانسداد تشنجي في المزمار كما يحصل  
ذلك حصولا ذاتيا في الالتهاب الخجري التشنجي لكن هناك توجيه آخر  
أقرب للعميقة من التوجيهين المذكورين وهو ان هذه النوب تحصل مدة  
النوم وتزول متى استيقظ الطفل وحصل صرخة وسعال وقتئذ ثم تعود ثانية  
حتى استغرق في النوم ويكون حصولها حادثة ناتجة عن تراكم مواد مخاطية  
لزجة في المزمار وعن تهيج هذه المواد وسدها فتقره المزمار ومدة النوم وعلى  
كلا الحالتين فهذا التوجيه يوضح انما تنقمة الوسائط العلاجية المذكورة  
المدروحة في هذه الاحوال ولا يندر تكرار هذه النوب بجملة ليال متعاقبة  
مع كون الاطفال مدة النهار في حالة عصبية ظاهرة جيدة وليس عندهم  
الاقل بحة في الصوت

وأما سيرة الالتهاب التزلي ومدته وانتهائه فالعادة في ذلك ان يزول تألم الخنجرة  
 واحساسها عما قبل من الايام عقب ظهور النفث المخاطي ويتناقص كل من  
 جهة الصوت والسعال وينتهي هذا المرض بالشفاء في نحو ثمانية أيام وقد يمتد  
 بجله أسابيع فيكون المريض مدة التهابه اربع الصوت ليس عنده عرض آخر  
 غير هذا وفي الصباح والمساء يكون المريض معذبا من فوب السعال الشديدة  
 الممتدة ويبقى النفث لزجا ويمتد ذلك زمنا طويلا الى أن يزول هذا المرض  
 بالكلية وحصول ذلك يكون في الغالب مصاحبا لتغير في حالة البلوى وفي أحوال  
 أخرى سيما اذا كثرت نكسات هذا المرض يبقى المريض مصابا بالتهاب  
 خنجري نزلي مزمن ولا يشاهد انتهاء هذا المرض بالموت بدون حصول  
 مضاعفات أخرى الا نادرا وفي الالتهاب الخنجري التزلي المزمن لا يكاد يشاهد  
 كل من احساس المريض بالآلام في الخنجرة ولا بالغدغدة ولا باحساس  
 بالحرق والجروح فيها الا أن تغير الصوت وغلظه وجهة الكلام تكون عظيمة  
 في هذا المرض بسبب ضخامة الغشاء المخاطي واستمرار تحن الاوتار له وتبنة  
 ولذا تكون جهة الصوت المزمنة التي تبقى بعد تردد الالتهابات الخنجرية الحادة  
 بجله مرار هي العلامة الرئيسة بل الوحيدة في الالتهاب الخنجري المزمن وقد  
 يحصل في مثل هذه الاحوال ثورات زمانا فزمانا بحيث يزداد تحن الغشاء  
 المخاطي الخنجري والاوتار الصوتية ويصدر صوت الكلام أعم بالكلية بل فاقد  
 الرنانة فقد انما ويضم لذلك في بعض الاحوال فوب سعال دورية تشنجية كما  
 ذكرنا ذلك في اعراض الالتهاب الخنجري التزلي الحاد ويظهر أيضا ان هذه  
 الثوبة قد تكون ناجمة عن تجمع الافرازات المخاطية في الجيوب المجاورة وتزول  
 عقب قذف هذا النفث المخاطي الكروي الواصف لهذا المرض ولهذا  
 السبب قد يصير السعال خشنا وأما وجود صوت صفيري وقت الشهيق  
 والزفير وانضمامه لباقي اعراض التزلة الخنجرية المزمنة السابق ذكرها  
 فمبدل على وجود مضاعفة أخرى حيث ان هذا العرض لا يمكن توجيهه كما  
 ذكرنا بتفاح الغشاء المخاطي الخنجري وذلك كاستفاح اللوح الخشبي تحت  
 الغشاء المخاطي مع تيسر نفسه أو وجود ورم ساد بجوف الخنجرة أو التهاب  
 خنجري زهري ويستدل على تمييز هذه الاحوال الثلاثة بواسطة المظنار



الخنجيري وأما في انضمام الاعراض التزلية الخنجرية المزمنة المدكورة النافذة والعرق اللبلي فذلك يدل غالباً على مضاعفات أخرى سببها على مضاعفة هذه الآفة بالمدن الرثوى ولذا يجب على الطبيب الالتفات لحالة الرقبة بين على الدوام في مثل هذه الاحوال

وسبب الالتهاب الخنجري التزلي المزمن بطى مجداً ولا يمكن شفاء المريض منه شفاء تاماً الا بواسطة المعالجة اللائقة جداً ومع ذلك يبقى عرضة للانتكاس في هذا المرض

### \*(التشخيص)\*

يسهل تمييز الالتهاب الخنجري التزلي عن الزكام والذهبة الحلقية فانه يتبع عنهما ما يغير في وناثة الصوت بسبب الضيق الحاصل في تجويف النشاشيم والخلق فيصير التكلم انقباضاً وحلقياً والتغير في الالتهاب التزلي الخنجري انما هو الصوت نفسه بحيث يصير مخففة غير تقي أجع وأما المرض الذي يختلج بالالتهاب الخنجري التزلي بكثرة فهو الالتهاب الخنجري ذو الغشاء الكاذب المعروف بالسعال الديكي الحقيقي فان أمهات الاطفال يعتبرن كلامن بهمة لصوت والسعال الرنان علامة مخيفة دالة على هذا المرض ولو كانت لاطفال مقبلة بصفة جيدة فان انضم لذلك نوب اختناق في مدة الليل ربما يزعم الطبيب في كثير من الاحوال بوجود الالتهاب الخنجري ذي الغشاء الكاذب وبذلك يفسر دعوى من قال بشفاء بعض الاطفال من السعال الديكي الحقيقي بجملة مرات وهذا خطأ فان الالتهاب الخنجري ذو الغشاء الكاذب ليس مرضاً كثيراً الحصول جداً وليس قابلاً للشفاء بكثرة بحيث لا يسوغ الاعتماد على هذا الزعم فانه يكاد على الدوام ان يكون ذلك ناتجاً عن خطأ في التشخيص وسيأتي بيان التشخيص التمييزي بين هذين الشكلين من التهاب الغشاء المخاطي الخنجري عند الكلام على السعال الديكي وانما تنبيه هنا على امر واحد يعتقد العوام أكثر من الأطباء وهو ان وجود نزلة انقباضية زكام يدل على التهاب خنجري تزلي كما ان التهاب الحلق ذو الغشاء الكاذب يدل على الالتهاب الخنجري ذي الغشاء الكاذب أيضاً فينتدقيق للأمهات الفرح عند وجود سيلان زكامي كما ان المعادة بمرت بتبشير المريض عند العطاس وذلك لانه يتدره صاحبه

الامراض الشبيهة كما سبأ في الكلام على التشخيص التمييز بين الالتهاب  
الخنصري المزمن والقروح الخنصرية والتولدات المرضية الجلدية لهذا العضو  
• (الحكم على العاقبة) •

الحكم على كل من عاقبة الالتهاب الخنصري التزلي الحاد والمزمن وعلى  
تغيراتها ينضج لنا من شرح سير هذا المرض وهذا المرض في علقته  
لا يكاد ينتهي بالموت السريع وانتهاء الالتهاب الخنصري التزلي الحاد جيد  
وان كان كثير الفسكات واما انتهاء الالتهاب الخنصري التزلي المزمن فليس  
جيدا بالكلية والتميس المزمن للمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي غير  
قابل للشفاء فانه لا يزول

### • (المعالجة) •

اما المعالجة الواقعة فهي التعود التدريجي على المؤثرات التي تحدث الالتهاب  
الخنصري التزلي وهذا أفضل من الترفه المفرط اخذ ذلك يكتفي أقل سبب في  
حدوث هذا المرض ولذا لا ينبغي حجز الاطفال ولو كانوا مصابين بالالتهاب  
الخنصري التزلي في أود البيوت بل يرسلون الى الحد لامتداد ثرون باللباس  
الدفينة عند البرد الشديد مع عدم الانراط في تدبير العنق وتغطيته بربطة  
سميكة من الصوف بل يكتفي برباط خفيف من الصوف أو الحرير وعند  
الاستعداد للاصابة بهذا المرض يوصى بغسل العنق بالماء البارد واستعمال  
الحمامات الباردة النهرية والبحرية مع غاية الاحتراز فانها أعظم الوسايط في  
هذا المرض انما ينبغي ترتيب كيفية استعمالها ومدة الاقامة فيها ودرجة  
حرارتها بغاية الدقة وبذلك تتبع المرضي أو امر الطبيب بالدقة

واما المعالجة السيمية فان كان الالتهاب الخنصري التزلي ناتجا عن مهيئات  
لا واسطة أثرت في الخنجره ينبغي ابعاد المريض عن اسقران تأثيرها وصاباته  
عنها ولاجل تباعد المؤثرات المهيجة عن الغشاء المخاطي الخنصري الملتب  
يوصى بوضع المريض في محال معتدلة الحرارة وتجنبه للتكلم بصوت عال وكذا  
ينبغي ان يؤمر المريض بمقاومة التهييج المرضي والسعال فان القول بان  
المريض مجبور على السعال دائما خطأ بل على الطبيب ان يأمر بمقاومته فوبه  
ما يمكن ولاجل مقاومة نوب السعال الشديدة التي كأنها تكون نتيجة

الالتهاب التلوي الخجري كثيرا ما تكون سببا لاستمراره لا ينفرد دائما استعمال  
 الاثرية السكرية القشرية والمستحلبات الصغمية وكبريتورا لا تنجور ونحوه  
 مما يعطى لتلطيف ذلك عادة ولذا ينبغي اذ لم تثمر الوسايط السابق ذكرها اعطاء  
 المسكات لكن يلزم الا تراس الكلى في استعمال هذه الوسايط عند الاطلاق  
 وأما الجوار فينبغي اعطاؤه هم المقدار الكافي بان يعطى في المساء للشخص  
 المصاب بالالتهاب الخجري التلوي المعذب من شدة السعال قدر عشر قطرات  
 مصحوق (دوفير) اعنى خمسة ديسى غرام او يعطى له مقدار صغير من الرقيق  
 زمنا فربما بان يؤخذ منه قدر قهوة وتخرج في قدر درهمين اعنى خمسة سنتى غرام  
 في ستة غرامات من ماء الفار الكرزى ويعطى من ذلك كل ساعة عشرة قطرات  
 وهذا أجود من استعمال الاقراص والمعالجين السكرية وكبريتورا لا يتيون  
 وعلم التوشادر ونحو ذلك

ويحتاج كذلك في المعالجة النسبية لاستعمال المعرفات ان كان الالتهاب  
 الخجري التلوي ناشئا عن تأثير البرد في الجلد أو الاقدام والعنق وأجودها  
 وأبسطها استعمال المنقوعات العطرية القاترة وحرارة الفرائش والابرن  
 القديمة وتدبير العنق برباط من الصوف أو وضع ضمادات خردلية أو فاترة عليه  
 لكن لا ينبغي ترك هذه الاشربة الى العنق حتى تبرد ومن هذا القبيل في المنفعة  
 انما الجسم او العنق بعلامات مبتلة بالماء البارد بعد عصرها جيد او تركها حتى  
 تسخن واستعمال الحمامات القديمة الباردة البرهية فانها تؤثر كثيرا في الوسايط  
 السابق ذكرها بتجفيفها للجلد وحصول رد الفعل فيه وهذه الطريقة الأخيرة  
 مدحوة جدا من أطباء الايلوروباتيين (اي مذهب الاطباء الذين يعالجون جميع  
 الامراض بالماء البارد) ولا مانع من استعمال هذه الطريقة عند من كان مقرنا  
 على ابراء فعلها وله ميل عظيم في استعمالها

وان كان الالتهاب الخجري التلوي ناتجا عن امتداد النجاسة الحلقية  
 ينبغي استعمال الغرغرة القابضة أو مس الحلق بمحلول من نترات الفضة  
 او الشب

وأما معالجة المرض نفسه فلا تستدعي غالبا استعمال الاستقرانات الدوائية  
 العامة والموضعية خصوصا اذا لم يكن مضاعفا وزجما الزماروان أو صي

بذلك كثيرا في مكتب هذا الفن بل يكتفي في أغلب الاحوال احداث نوادر  
دموى فتحو الجلد بالوسائط المهيجة التي ذكرناها وبذلك يحصل تطلق في  
احتقان الغشاء المخاطي الخجيري كاف في حصول النتيجة المطلوبة وتحسين  
سير المرض وكذا صبغة البينيثا التي قيل انها فورية في هذا المرض يمكن  
استعمالها وان لم يعمهم منها انجاس عظيم وأجود المشروبات في هذا المرض  
الغشائية الخفيفة ماء مسيل من وسده او عذو وبالبالين القاتر اجزاء متساوية  
ويبقى تجنب المأكول الدسمة واستعمال المأكول المملحة فقد دلت التجارب  
العامة على ضرر الاول بخلاف الثانية فان تأثيرها جيد في هذا المرض (ولذا  
أوصى العوام في باب كل القسح ونحوه من الجواهر المملحة) ويظهر ان ذلك  
ناجم عن تقيسه ونحوه في الغشاء المخاطي البلعوى كما يحصل ذلك من البلخ  
الخرولية بوضعها على جلد العنق من الظاهر

وأما الالتهاب الخجيري التلي المزمن فكان يوصى فيه باستعمال مضغوط  
بلومينر (وهو مركب من الزئبق الخلو وكبريتور الانتيون الذهبي) المضاف  
اليه خلاصة البلاودونا والشوكران وهذا المضغوط كان يعتبر نوعيا في هذا  
المرض وازافة الجواهر من الاخيرين وان كانت مسكنة لتوب السعال الا انه  
وقع الشك في كونها أجود منفعة من بقية المركبات الاقوية وكبريتور  
الانتيون غير ضروري في هذا المرض والزئبق الخلو مرفوض الاستعمال  
في الالتهابات التلية والذي يوصى به الآن في هذا المرض هو استعمال محولات  
فورية على جلد العنق بدل المحولات الخفيفة التي تستعمل في الالتهاب الخجيري  
التلي الحاد وأكثرها استعمالا لذلك بزيت حب الملوك وحده او عذو وبها  
بقدره خمس مرات من زيت الترميتينا في ذلك جلد العنق فوق الخجيرة بهذا  
المخلوط مرارا كل يوم حتى تظهر الحويصلات والبثورات وأتلف من ذلك  
تأثيرا وليس أقل منه منفعة استعمال المرار يوق على جانبي الخجيرة (كما قاله  
توبولد) ولا استعمال المياه القلوية المورياتية المحضبة تأثير جيد واضح في سير  
التلية الخجيرية المزمنة وأحوال هذا المرض التي يفرقها استعمال تلك المياه  
وان كانت كثيرة جدا انما لا يمكن الى الا تغميزها وعزها عن باقي الاحوال  
التي لا تفرقها والاجود في معالجة المرض بذلك ارسالها الى بتايع امر

اوسيلتسجرون وان لم يتيسر له سم ذلك وجب عليهم وهم في أماكن استعمال ماء  
سليترس أو أحد المياه المذكورة بكيفية علاجية منتظمة وحيث ان ماء كل  
من يتايع أمر وهي كسلجرون وكركشن ولا سيما ما ذكره ريبا الذي استعملناه  
بكثرة مع الصباح في العصر الاخير تصل درجة حرارته في موضعه الى ٣٧  
مئتي اولى ٢٣ او ٢٢ رومير فالأوفق استعمال هاتيك المياه في محالها  
بدون اضافة اللين أو مصله فالترين وأما ما يرسل من تلك المياه للمبيع في غير  
أماكنها فينبغي تدقيتها بعزجها باللين الساخن قبل استعمالها اجزاء  
متساوية وتفضيل عزجها بالمصل المستعمل بكثرة عن عزجها باللين نفسه  
أمر غير مقطوع به ومصل اللين المجهز جيد في بعض المحال من بلاد السوريرا  
المشهورة لأجل المعالجة به والمدح بكثرة في بعض الوقائع والجرايل بل  
وبعض المرضى يجد فيه راحة زيادة عن المياه الطبيعية المذكورة ليس الالباب  
فاقد المواد الجينية والظاهر ان فائدة لا تزيد عن اللين الذي لم يستخرج جينه  
وحيث قد فلا يستعمل المصل مضافا الى تلك المياه بدلا عن اللين الا في أحوال  
نادرة يكون المريض لا يتحمل فيها اللين ويجد في استعمال المصل مع المياه  
المذكورة تحسنا ومنفعة عظيمين

والقول على تأثير المياه القلوية الريانية المحضية على نظريات عديدة والامر  
المعلوم من ان رواد المواد المخاطية يشغل على كثير من ملح الطعام زيادة عن  
رمادهم وان المواد المخاطية عند تعاطي ملح الطعام تصير قليلة الأزوجة  
والتماسك يظهر انه يؤيد لقول بأن للملح مدخلا عظيما في تكوين المواد  
المخاطية لكن لا يستتبع من ذلك ان استعمال الملح يحدث شفا في الالتهابات  
النزلية أو سرعة في قطع سيرها وقد ارتكن المعلم (سنيبلر) في توجيهه لتأثير تلك  
المياه على احتوائها على قلويات كربونية زاعما ان هذا التوجيه على طبق تجارب  
(فرجوف) ومشاهداته التي اتضح منها ان المحلولات القلوية التلغيفية تزيد في  
الحركات الهدية الخلية من الأغشية المخاطية فاستعمال هذه المياه يعيد  
تلك الحركات عند انقطاعها بالكلية أو ايقافها ويرفض هذا التوجيه  
المقول به بالنسبة لتأثير هذه المياه الذي لا يكون ملطفا قط بل شافيا شفا تاما  
في كثير من احوال النزلات الخيفية المزمنة ولذا لا نعول الا على التجارب

الحقيقية وتجري العمل على مقتضاها وهي ان مياه أمس وستسبرون  
وسترس لها تأثير ملطف بل شاف بالكيفية في عدم من أحوال هذه التزلات  
وكذا من المدوح جدا في معالجة التزلات الخجيرية المزمنة المياه المعدنية  
الكبريتية الباردة لاسيما ما موابليك (باقليم نساو) والسن (باقليم  
شومبرغ لب) ولجن بروك (باقليم يادن كل ذلك يلاذ الالمانيا) وهذه  
المياه يصير استعمالها بعد مزجها بالبن أو مصله الفاترين كما يستعمل ماء  
ستسبرون وسترس وكذا المياه المعدنية الكبريتية الفاترة بيجبال البرنية  
ولاسيما ما بون (بفرنسا) فانه شهيرو جدا في معالجة هذا المرض وليس عندنا  
لتوجيه تأثير مياه هذه الينابيع الطبيعية الا نظريات غيرا كيدة ولا تنأسف على  
عدم الوقوف على توجيه كيفية تأثيرها وانما تنأسف على عدم الوقوف على  
العلامات القطعية في تميز كل حالة بحسب ما يوافقها من تلك المياه بحيث يمكننا  
القول من قبل الاستعمال بالتأثير الشافي لكل ماء ينبوع عمدا كره على حدته  
أو عدم منفعة

وأما احوال هذا المرض المستعصية فينبغي فيها استعمال معالجة موضعية  
في الغشاء المخاطي الخجيري

وذلك بواسطة فتح الجواهر القابضة أو جذبها في الخجيرة كما هو الجاوي من  
منذ زمن طويل على شكل مسحوق ناعم بأن تؤخذ قصبه ريشة أو اثوبه من  
الزجاج طولها من ٨ قراريط الى ١٠ وقطرها بعض خطوط ويوضع  
المسحوق المراد ادخاله في فوهة أحد طرفها بقدر أربع قطعات تقريرا ويدخل  
الآخر بهدنتيكيس اللسان جهة الحلق ويؤمر المريض بالشهيق الشديد  
السريع بعد انطراق الشفتين فان حصل من ذلك سعال شديد تتحقق من وصول  
الجواهر الدوائى الى الخجيرة وتو كثر المساحيق المستعملة في مثل هذه الاحوال  
قبل اختراع المرأة الخجيرية خصوصا من المعلم (ترسو بولوك) هي مسحوق  
تترات الفضة بأن يؤخذ ذقصة أو فخذان على درهمين من السكر أو من الزئبق  
الحلو من عشر قطعات الى عشرين على درهمين من السكر أو مسحوق الشبعم  
نصف درهم الى درهم على درهمين من السكر وفي هذا العصر يمكننا بواسطة  
المرأة الخجيرية وأثوبه مخنية توصيل كمية المسحوق جميعها الى فوهة

الخنجرة ونقشها فيها ومثل هذه الطريقة بل آكد في التأثير عصر قطعة من الاسفنج منقطة على نحو ذلك من الفضة ومغموسة في محلول نترات الفضة (حوام منه على أوقية ماء) على لسان المزمار ونجاح هذه الطريقة واضح جدا في الغالب وتأثيره هنا نابع كتأثيره في الالتفاتات الملتصبة المزمنة ومن كان عنده علم باستعمال المنظار الخفيري يمكنه التأكد من وصول الاسفنجية أسفل لسان المزمار وعدمه بواسطة النظر

وفي هذا العصر الأخير تستعمل طريقة جديدة لاجل وصول الجواهر الدوائية الى العشاء الخفيري مباشرة وكان في ابتداء ظهورها بولغ في نجاحها وذلك بأن تحال محلولات الجواهر الدوائية المذكوكة الى غبار ناعم جدا ويستنشقها المريض والاجهزة التي تستعمل لذلك تسمى بالمرزاز وبجهاز ساحق السوائل وبجهاز الاستنشاق أيضا ويميز هذه الاجهزة نوعان الاول يندفع فيه سلسول سائل رقيق جدا الى صفيحة مقعرة اندفاعا قويا بحيث يستحيل الى غبار رقيق شبيه بالرز ومن هذا النوع من الاجهزة جهاز المعلم (سالفير جيون) وتنوعاته المتفرعة من ولاء برغ ولوين ومنستر وأما النوع الثاني من هذه الاجهزة فيصير فيه الحالة السوائل الى غبار رقيق شبيه بالرز يحصل بالكيفية الآتية وهي أن يسلط على السائل المراد استنشاقه تيار هوا منضغط كالنفخ القوي من لا يجعله الى رز ناعم وذلك بكبحها ز المعلم (ماتيو و برجسون) وخلافه من التنوعات التي كتبت أستمع لها سابقا ومن افكار المعلم (سيفله) المستحسنة تنوع جهاز (برجسون) بالكيفية الآتية وهي انه يستعمل لاجل الحالة السوائل الطبيعية الى رز بأجهزة المايدلاع الهواء المضغوط والابويزة القليلة الثمن للمعلم (سيفله) المدكور وتنوعاتها العديدة التي قد انبثق فيها على استعمال اناصغف من الصغف الجامد لاجل ايجاد بخار الماء بدل استعمال الزجاج السريع العطب تقضل جميع اجهزة الاستنشاق فلا تستعمل الا في الاكلينك الخاص بنا الا مثل هذه الاجهزة الاخيرة

(تنبيه) • يجب الاجهزة التي بها يندفع رز السوائل الدوائية في المسالك الهوائية بقيار الهواء المنضغط كونه يدخل في المسالك الهوائية مع السائل

الدوائى تيارقوى من الهواء وكون الرززا من دفع بقوة فى فم المريض اندفاعا مستقيما يعسر المجذابه فى المسالك الهوائية بمرسكة الشهيق الضعيفة بل انه يسب معظمه على الهامة والبلعوم غير انه اذا كان المريض بعيدا عن الجهاز يعض اقسام امكن تجنب العيوب السابق ذكرها

ودخول السائل فى المسالك الهوائية بواسطة هذه الاجهزة تأخر محقق الاثن والسوائل التى تستعمل لاجل الاستنشاق عادة فى التزلات الخجيرية الحديثة ذات الافراز القليل المزج هى محلول ملح النوتشاد وأومح الطعام (من ١٠ الى ٢٠ قعة فى أوقية من الماء) وفى التزلات الخجيرية المزمنة ذات الافراز الغزير المخاطى الصديدي هى محلول الشب من ٥ قعات الى ١٠ على أوقية من الماء ومحلول السين من قعتين الى عشرة على أوقية من الماء أيضا ومحلول ترات القضة من قعة الى ١٠ على أوقية من الماء وعند استنشاق المحلول الاخير ينبغي تقاطيع وجه المريض بصورة وجه صناعة من الورق المقوى خشية أن يسود وجهه هذه الطريقة جيدة جدا فى أغلب أحوال التزلات الحلقية والخجيرية المزمنة سيما الشكل الجريبي والجبي منها ومن الأطباء من يستعمل أيضا الاستنشاق بمحلول جواهر أخرى مسكنة كمثلات المورفين من غن قعة الى ربع على أوقية من الماء وكسبة الافيون من قعتين الى أربعة على أوقية من الماء وكسبة الشوكرا من نصف قعة الى قعة على أوقية من الماء لاجل مضاربة تهيج السعال الشديد ولا وجهه فى تفصيل ذلك على الحقن تحت الجلد

• (تنبيه) • لاشك ان طريقة المعالجة بالاستنشاق على طول المدد انتشر جدا سيما وان الاجهزة الموجودة الآن سهلة الاستعمال قليلة العطب وهناك محال مخصوصة فى بلاد المانيا وخلافها من اوروبا يستعمل فيها استنشاق المياه الحلية الطبيعية بكثرة اما على هيئة بخار او على هيئة الرززا بواسطة الاجهزة السابق ذكرها أو خلافا منها من الاجهزة العديدة وقاعات تجزيها بما يحصل منها انجاس عظيم فى الاعراض التزلية للبلعوم والخجيرة والشعب والظواهر ان انجاس هذه المياه بالاستنشاق مبنى على تأثيرها الحلال للمواد المخاطية وسهولة اخراجها للنفث وبذلك يحصل تلطيف عظيم جدا



في السعال وراحة للمريض بل الشفاء التام كما ان اهوية تلك المحال محتوية  
على كمية عظيمة من محلول خفيف من ملح الطعام ولربما ساعد ذلك على تأثير تلك  
المياه في محال استعمالها

• (تنبيه) • قد ذكرنا استعمال المياه المعدنية الكبيرة في حارة أو باردة بواسطة  
الرزق والاستنشاق ومن هذا القبيل مياه حاوان فانها بلا شك ذات منفعة  
عظيمة في مثل هذه الاحوال وعما قريب سيعم نفعها على المرضى بالاقطار  
المصرية بخلافها من الوادين من البلاد الشمالية فقد حان أو ان استعدادها  
بشكله لا يفيها القاصرة واتمام جاماتها ووضع قاعة مخصوصة ~~كاملة~~ فيها  
أجهزة الرزق والتشكيل وذلك بالهم الخديوية فان هذه المياه زيادة عن اعتدال  
درجة حرارتها وغزارة كيمتها امتزاج الغاز الكبير في يجرينات مائها يصيرها  
جيدة في استعمالها على حالة الرزق في المرض الذي نحن بصدده وغيره من  
الامراض المماثلة لفضلا عن كونها نافعة في محل بهرع اليه لمجوده هوائه  
واعتدال صحته وقربه من تحت مصر وامكان المعالجة بها في فصل الشتاء دون  
غيرها من المياه المعدنية الكبيرة السابقة

والتدبير الغذائي في الالتهاب الخبصري التقي المزمن مثل الذي في الالتهاب  
الخبصري التقي الحاد ومن المصدوح هنا لما كولات المحلطة حتى ان تعاطى  
البطارخ على الربو يعتبر هنا نوعا عند العامة أكثر منه في التزلة الخبصرية  
الحادة

واما المعالجة العرضية فتحتاج زيادة عن تسكين نوب السعال المقرطة الى  
مقاومة نوب عسر التنفس التي تحصل عادة ليلا ولا حاجة هنا في الغالب الى  
ارسال العلق على العنق وان أوصى به كثير من الاطباء وأجود المؤثرات  
وضع اسفنجية مغمومة في الماء الساخن على العنق وتكرير ذلك الى أن يجمد  
الجلد وتعاطى المشروبات الفاترة بكمية عظيمة ولا سيما المقيبات فان لهذه  
الوسائط ثمرة عظيمة تعقبها والمستعمل من المقيبات عرق الذهب والطرطير  
المقي لا كبريتات الصخر وتعاطى هذين الجوهرين بمقدار عظيم كافي أكيد  
التأثير والاجود اعطاء برعة (هوفلند) المركبة بأن يؤخذ من عرق الذهب  
٢٠ قنعة ومن الطرطير المقي قنعة واحدة ومن معسل بصل الغنصل ثلاثة

ديارهم ومن الماء المقطر أوقية ونصف ويعطى من هذا السائل بعد دبره رجا  
جيدا كل عشر دقائق ملعقة الى أن يحصل القيء ثم اذا تكررت نوبة ضيق  
النفس ينبغي تكرار المقيء

ومن الموصى به بكثرة في هذا المرض عدم ترك الاطفال حتى تستغرق في النوم  
جدابيل ينبغي ايقاظها زماما فزماما واعطاؤها بعض المشروبات فانه يشتاعن  
ذلك سعال عادة عقب ما ذكر فحينئذ يمنع تراكم الانفراز المخاطي على حافة فوهة  
المزمار وجفافه

### • (المبحث الثاني) •

في الذبحة الغشائية الحروقة بالسعال الديكي وبالالتهاب

الخنكري ذى الغشاء الكاذب او اللبني

(وبالتناق الخنكري)

### • (كيفية الظهور والاسباب) •

الالتهاب ذو الغشاء الكاذب او اللبني نوع من التغيرات الالتهابية للمنسوجات  
يتكون فيه على السطح الظاهر من الأغشية المخاطية نضج لبني سريع  
الانعقاد بحيث لا يحوى شيئا من طبقات الغشاء المخاطي الا الطبقة البشرية  
ومتى انفصلت الأغشية الكاذبة المتكونة على سطح هذه الأغشية المخاطية  
تجددت الطبقة البشرية بسرعة وحينئذ لا يحصل فقد جوهرى في الغشاء  
المخاطي فلا ينفج عن الالتهاب الغشائي ذبحة التعامية بخلاف الالتهاب الخنكري  
اى الاوكلي أو الغشائي التقرحى الذى يتدرج حوله في الغشاء المخاطي المسالك  
الهوائية فانه وان اصف كذلك يتكون نضج لبني سريع الانعقاد الا أنه  
يتميز عن الالتهاب ذى الغشاء الكاذب بان النضج فيه لا يتكون على سطح  
الأغشية المخاطية فقط بل عليه وفي جوهر الغشاء المخاطي ايضا بحيث ان هذا  
الغشاء الذى يعتره هذا التغير المرضى يتكثركز (اى يكون ويتأكل) بسبب  
انضغاط او عتية من النضج الحاصل في جوهره ويستعمل الى خشك ريشة  
وبعد سقوط هذه الخشك ريشة بعضها فقد جوهر ثم ذبحة التعامية والشكل  
اللبني اى ذو الغشاء الكاذب هو الذى يكاد يظهر دائما وحده دون الشكل  
الخنكري على الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية

والالتهاب الحفري ذوالغشاء الكاذب التابعى اى الذى يعترض اهرة تابعة  
لمرض تسمى بنى ويصاحب الحصبية والقرمزية والجدرى والتيفوس  
والدفتيرية الوياتية احيانا قد يستعمل نوعان من حالة الالتهاب ذى الغشاء  
الكاذب البسيط الى الدفتيرى اى الا كالب الغالب فى مثل هذه الاحوال  
ان الالتهاب الحفري يظهر صفات الالتهاب اللينى البسيط دون الدفتيرى ولو  
كان الحلق مجلس هذا الاخير

ومن خواص الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الذى تكون مشاهدته فى الغشاء  
المخاطى للمسالك الهوائية كثر منه فى بقية الاغشية المخاطية فى الاغلب أن لا  
يصيب فى الطولية الا الغشاء المخاطى للحنجرة والقصبية الهوائية ويندر  
جدا اصابته للاخية الرئوية وينعكس ذلك فى سن البالغين اى ان الالتهاب  
الرئوى اللينى يصيب بكثرة الغشاء المخاطى للحوصلات الهوائية ~~مكونا~~  
لالتهاب الرئوى الحقيقى اى اللينى ويندر جدا اصابته للحنجرة فى هذا السن  
والالتهاب الحفري اللينى وان كان كما ذكرنا مرضا خاصا بسن الطفولية  
تقريبا يقل الاستعداد للاصابة به زمن الرضاعة ويندر حصوله ايضا عقب  
التسنين الثانى وحيث نذا كثر الازمة استعداد الاصابة به من انتهاء  
السنة الثانية الى السابعة واصابة الاطفال من الذكور بها كثر من الاناث  
ومن الخطا اعتقاد أن الاطفال السمان الجيدى التغذية أكثر اصابة به هذا  
المرض من الاطفال الضعفاء البنية بل أكثر ما يصاب به الاطفال ضعفاء  
البنية المتولدون بين ابوين درنين ذوى تعذية رديئة وجلبداهت وأوردة  
شفافة ونحو ذلك وعرضة للطفحات الاجرتية واولا والاستسقاء الدماغى وقد  
دلت التجارب على ان العائلات الذين يحصل فيهم الموت بكثرة يموت  
عندهم جزء عظيم من الاطفال بالاستسقاء الدماغى والجزء الآخر يهلك  
بالالتهاب الحفري ذى الغشاء الكاذب الذى نحن بمسدد منه ومن تقدم فى السن  
من نسل هذه العائلات يهلك بالادون الرئوى وهذا دليل على ان الاستعدادات  
للاصابة به هذه الامراض متقاربة ولا يندرج حصول هذا المرض لبعض  
الاطفال عقب زوال بعض الطفحات الرطبة كالا جرتية التى كانت موجودة  
على الرأس والوجه

وظهور الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب في البلاد الشمالية الباردة  
والرطوبة والكثيرة الرياح اكثر منه في البلاد الحارة الجنوبية المنوع عنها  
تيار الرياح القوية

• (تنبيه) • الذى يظهر ان هذا المرض اكثر مشاهدته في البنادر العظيمة  
من قطر مصر عما كان في الزمن السابق حتى لقد شوهدت منه في الزمن الاخير  
أوبية مهلكة لعدد عظيم من الاطفال في نجر الاسكندرية والظاهر ان ذلك  
متعلق بتغير في الاحوال الجوية لاقلها

ولا يندر سلطان هذا المرض تسلطنا وباتيا ولو في القرى الصغيرة فتهاكبه  
عدة عظيمة من الاطفال في آن واحد وعادة هذا المرض اذا تسلطن تسلطنا  
وباتيا ان يكون شديدا خيما جدا ومعه وباءات غشاء الكاذب في  
البلعوم وقد شوهدت احوال مرضية في بعض الاوبية ترجع القول باتساره  
بالعدوى اللا واسطة ومع ذلك فن المشكوك فيه هل حصل في مثل هذه  
الاحوال اختلاط السعال الديكي بالتفسيرية الوبائية التي هي آفة معذبة  
للغاية وفيها ينضم للالتهاب التدفيري من الحلق التهاب غشائي ليني خجيري  
تابع غالبا أولا

ولا يمكن الوقوف في غالب الاحوال على حقيقة الاسباب المتعة لهذا المرض  
وهناك احوال أخرى يظهر فيها أنه ناتج عن تهيج لا واسطى اثر في الغشاء  
المخاطي الخجيري او تأثر بالبرد او الرياح الشمالية القوية وأما الارتباط  
النسبي بين الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب والامراض التسممية  
فستذكره بعد

• (تنبيه) • اطباء الاندومون من العرب وان لم يذكروا في كتبهم الالتهاب  
الخجيري ذى الغشاء الكاذب الا أنه يوجد في كتبهم لفظا للنفاق وعرفوه بانه عبارة  
عن امتناع النفس والبلع أو تعسرهما وقال الشيخ الرئيس ان الاختناق هو  
امتناع نفوذ النفس الى الرئة فينثقل لفظ خناق وان لم ينطبق على المرض الذى  
نحن بصددده ولا يدل على طبيعته من كل وجه الا أنه من حقيقة عوق النفس في  
هذا المرض وحصول الاختناق لا مانع من تسميته بالنفاق الخجيري  
• (الصفات التشرىحية) •

الغشاء المخاطي الملتهب يكون مجسلا الاحرار مختلف الشدة وهذا الاحرار

يكون على هيئة احتقان أو أبيضوز وقد قال بعضهم إن هذا الاحمرار يتناقص  
عند ازدياد النضج اللبني بل زعم آخرون إن فقد الاحمرار الاتهام في هذا  
المرض بعد الموت يدل على أن الالتهاب ذا الغشاء الكاذب نوع مخصوص من  
الالتهاب غير معسوب بالاحتقان وهذا خطأ بل بوجه ذلك كما أشرنا إليه فيما  
تقدم يكثر وجود الاليف المرنة في الغشاء المخاطي الخصري ثم إن الغشاء  
المخاطي يفقد طبقته البشرية وهو المنسوج الخلاوي فحتمه يكونان منتفخين  
رخوين ومضلات الخفيرة تظهر مرشعة باهتة رخوة والغالب أن يكون  
السطح الظاهر للغشاء المخاطي في البنية مغطى بغشاء كاذب لكن هذا ليس  
على الدوام وقد يد الغشاء الكاذب في جثة بعض المرضى التي هلكت بظواهر  
السعال الديكي أدى لتقسيم هذا المرض إلى سعال ديكى كاذب وسعال ديكى  
حقيقى بحيث إن كثيراً من الأطباء إلى وقتنا هذا يقول إن المريض هلك  
بهال ديكى كاذب في الأحوال التي فيها لا تثبت الصفات التشريحية  
وجود الغشاء الكاذب ومن المعلوم الواضح أنه في أحوال الالتهاب الخفيري  
ذى الغشاء الكاذب ينفر نضج عضوى سائل أولاً ثم ينفذ بعد انفرازه فإذا  
انقذف هذا النضج قبل الموت سواء كان عقب انعقاده أو على حالته السائلة  
وجدت الخفيرة خالية عنه بعد الموت ومع هذا فالمرض واحد كما في الأحوال  
التي فيها يكون الغشاء المخاطي مغطى بغشاء كاذب والنضج اللبني قارة يكون  
ذاقوام كقوام القشطة الزجة وتارة على هيئة غشام ممتاسك مبطن للسطح  
الباطن من الخفيرة ويمتد إلى القصة الهوائية والشعب على هيئة أنابيب  
غشائية وأحياناً أخرى على هيئة طمح أو نقط صغيرة ملتصقة بالغشاء المخاطي  
سماها بجرانها المغطاة بطبقة بشرية هدية خلية والاعشبية الكاذبة الرخوة  
الريقة يسهل زرعها من الغشاء المخاطي وأما الاعشبية الكاذبة المتينة السمكية  
فتمكون ملتصقة به أكثر من الأولى ويوجد على السطح الظاهر لبعض الاعشبية  
الكاذبة السمكية التي يجاوز ممكها كثيراً خطأ واحداً أشرطة ونقط دموية  
آتية من انفجار بعض أوعية دموية في الغشاء المخاطي التي كانت متراكمة عليها  
وبعد استقرار هذه الاعشبية الكاذبة زماناً طويلاً بواسطة نضج مصلي وتنقذف  
من سطح الغشاء المخاطي على هيئة أنابيب مجتمعة أو أهداب أو ندف وفي

الاحوال ذات السير الجمدة تثبت الطبقة البشرية فيعود الغشاء المخاطي الى حالته الطبيعية وفي احوال اخرى يعقب انفصال الأغشية الكاذبة نضج جديد فيعود الأغشية الكاذبة ثانياً ويتكرر ذلك الى أن ينتهي المرض او تنتهي حياة المريض والغشاء الكاذب يشاهد بالكر وسكوب انه مشتمل على طبقات عديدة وبقية من واد ابيضه لاشكل أو ذات البياض رقيقة ومن المهم جدا التشخيص هذا المرض والتوجيه القسولي حتى انطواهر المرضية كونه يكاد يتضاعف على الدوام بالتهاب ذي غشاء كاذب في الحلق بل الاطباء الفرنسيون لا يعتبرون السعال الديكي حقيقيا الا اذا وجدت هذه المضاعفة والواقع انه قد ثبت بالمشاهدات في ألمانيا كثرة اصطحاب هذين الشككين المرضيين ببعضهما لكن ذلك ليس على الدوام والاعلم أن يوجد في جنّة الاطفال الذين هلكوا بالسعال الديكي احتقان عظيم في الغشاء المخاطي الشعبي والرئتين وحالة نزلية في الشعب مصحوبة بافراز غزير واوذيم ارتويقي ولا يند وجود أغشية كاذبة في الشعب وبوربات دموية وقوية وهبوط بعض اجزاء الرئة على نفسها وانفرازا حياحيصلية وخلالية فيم اوسنوضح أن جميع هذه التغيرات من التناجج الملازمة للذبحة الحنجرية اللبغية

### • (الاعراض والسير) •

هذا المرض يسبقه غالبا بعض ظواهر مرضية فتكون الاطفال ذوى كآبة وفيهم ظواهر حرجية خفيفة وبسطة في الصوت وسعال ذو صوت مربب وهذه الظواهر كما تكون سابقة لنزلية حنجرية خفيفة غير خطيرة تكون ايضا ظواهر سابقة لحدوث امراض الاطفال خطرا وهو السعال الديكي الذي نحن بصدد ذكره لكن الطبيب القطن يميز غالبا بين هاتين الحالتين في هذا الزمن وينبغي البحث عن الحلق في جميع الاحوال ولولم تشتك الاطفال عسرا في الازدراد فاذا وجدنا طبيب الغشاء المخاطي الحلقى عجرا واللوزتين منتفختين ووجدنا عليهما بعض اطح مبيضة صغيرة شديدة الالتصاق بهما كان هذا دليلا على ابتداء السعال الديكي كما انه اذا وجدنا اعراض الزكام مصاحبة لظواهر السابقة المذكورة كان هذا دليلا على وجود نزلة حنجرية والاستعداد

المرضى الشخصى يرتكى اليه في التمييز بين التزلة الخجيرية وسوابق السعال  
الديكى فالاطفال الذين يحصل لهم عقب كل بردجة في الصوت وسعال  
رنان لم يرتقيا الى اعراض السعال الديكى ولم يكن احدهم اخوتهم أصيب  
بهذا المرض معلقا قبل التظن عندهم بحصول السعال الديكى بخلاف الذين قد  
أصيبوا بهذا المرض ونجوا منه قبل ذلك أو كان قد هلك احدهم من اخوتهم  
في هذا المرض

وهذه الظواهر المرضية يمكن أن تسبق احيانا نوبة السعال الديكى الحقيقية  
يوم أو أيام قلائل وكثيرا ما تفقد بالكلية ويظهر المرض فجأة باعراضه  
المهولة والغالب أن يستدقظ الطفل من نومه في أثناء الليل خش الصوت  
اجحه أو فاقد رفاقته بالكلية وقد يقل هذا الصوت المنخفض الابعج الى  
صوت رنان حاد عند السعال أو التكلم بسبب تقارب الاوتار الصوتية المغطاة  
بالنضج المرضى وملاصتها لبعض الملاصقة وقية كما ان السعال الذي يكون  
في الابداء قصيرا حادا يصير فيما بعد خشنا ابعج وبمجرد حصول حركة سعال  
شديدة يصير رنانا بسبب شدة قوة الاوتار الصوتية وتقومها من الهواء  
المتدفع وقد يصير السعال كذلك فاقد رفاقته بالكلية بحيث ان الطفل  
لا يسمع له صوت عند التكلم والسعال

ويضم هذه الاعراض الناتجة عن استرخاء الاوتار الصوتية وتخننا وعن  
ابتداء مثل العضلات الخجيرية وعن النضج المتراكم عليها وهي تحصل جميعها  
كما ذكرنا في التزلة الخجيرية عسر عظيم في التنفس مستمر شديدا بطر جذا  
واصف للسعال الديكى فانه لا يشاهد في أحوال التزلة الخجيرية الا نادرا  
ويكون انذاره برها وعسر التنفس المذكور يحصل من ضيق المزمار  
وسنوجه كيفية حصوله ولوفى الاحوال التي لم يشاهد فيها أعشبة كاذبة  
مضيقه اقروسة المزمار يكون واصفا كما ذكرناه للذبحة الخجيرية الغشائية  
ولا يمكن اختلاطه بأشكال اخرى لضيق التنفس فيكون التنفس اذذاك  
عسر للغاية بحيث ان الطفل يجرى مجهودات شاقة عند حركة الشهيق فترى  
جميع العضلات الموسعة للصدر في حركة فعل عضلي قوى للغاية بحيث تجتهد  
الاطفال في القيام ومد العمود الفقري للحصول على اتساع الصدر ورفع

الاضلاع لكن مع اجراء هذه الجهود الشاقة لا يدخل الهواء في الزمار الضيق الا ببطء وعسر شديد ينقشكون حركات الشهيق حدثت عند بطيئة وتبعاً لذلك تكون حركات التنفس الشاقة بطيئة لاسريعة كما يشاهد في غير هذه الحالة من أحوال عسر التنفس كالالتهاب الرئوي الذي فيه لا تكاد عضلات الشهيق مقاومة غير طبيعية ويصعب الدخول العنيف للهواء من الزمار المضيق بلفظ صغيري أو منشاري خاص متى سمعه الطبيب مرة لا فناء

وفي أثناء مجهودات الشهيق الشاقة تنقبض وتقصر العضلات الرافعة للجناح القم فتقدم الخياشيم (قابلة لولاهذه الحركات العضلية الالهامية لانسدت الخياشيم متى رقى الهواء في الحفرة الاقفية بسرعة) ومع ذلك فقدد الخياشيم هذا الايعتبار في حد ذاته عرضاً ذا اعلى ضيق النفس الخاص بالالتهاب الخجيري ذي الغشاء الكاذب وزيادة على ذلك نشاهد في هذا المرض علامة مخصوصة كثيراً ما تلاحظها العامة وهي مبنية على رقة الهواء في تجويف الصدور الحاصلة من عدمه مع ضيق الزمار بمعنى انه ترى انه عند كل حركة شهيق لا يجذب التسم السراسني بل يقبض ويخفض بقوة الى الباطن فانه برقة الهواء في تجويف الصدر يتهر الخجاب الخارج من ضغط الهواء ولو كان في حالة انقباض لان سطحه المتجه نحو تجويف الصدر يقع عليه ضغط أقل قوة من سطحه المتجه نحو تجويف البطن فيجذب بقوة الى أعلى بكلد المتناخ فانه ينقلب الى الباطن عند فتحه بسرعة قوية أكثر من سرعة دخول الهواء في صمامه ومع ذلك يجذب كل من المعلقة الخجيرية وعضاريق الاضلاع السفلى الى الباطن بقوة وهذه الظاهرة سهلة التوجيه انصافاً تأملنا حركات التنفس في الحالة الطبيعية فان الهواء متى امكنه التفوذ في المسالك الهوائية بهولة لم يحصل من انقباض عضلات الخجاب الخارج تخفاف في اقواس الاضلاع بل يحصل منه فقط سقوط في الجزء الوترى من الخجاب الخارج فان المقاومة التي يقاوم بها تقويس الاضلاع انخسافه الى الباطن اعظم من المقاومة التي يقاوم بها سقوط الخجاب الخارج مرونة الرئة وضغط الاحشاء الباطنية عليه فان الخجاب الجزء الوترى من الخجاب الخارج الى أعلى



بواسطة رقة الهواء في الرتين أو حصل مجرد تثبته واحتناعه عن التحرك الى  
أسفل فنج عن ذلك انجذاب قوس الاضلاع الى الداخل بواسطة الانقباضات  
الشبيهة بعضلات الحجاب الحاجز

وهيئة الطفل وجميع مجهوداته تدل على شدة احتياجه للهواء لكن جميع  
ما يكابده من المجهودات العضلية لا يكفي في الحصول على هذه الغاية فيصير  
الطفل في حالة يأس قلقا ويحذف نفسه على ايدي من كان منوطا بخدمة  
ويعود ثانيا الى فراشه في حالة خنجر وقلق عظيم ويوجسده به نحو عنقه كأنه  
يريد إزالة العائق المانع من سهولة التنفس ويكون وجهه مغطى بعرق  
ونقاطيعه متغيرة بالكلية بحيث انه نظر الطفل المصاب بالسهال الذي يكي  
الحقيقي يكون مخمزا ومقزعا للغاية

ثم ان هـ لآلئ الطفل المصاب بالالتهاب الخنجري ذي الغشاء الكاذب الذي  
ظهر عنده اعراض ضيق النفس العظيم في هذه الحياة لكن لم يشاهد بعد موته  
غشا كاذب على الغشاء المخاطي الخنجري ولا اتفاح فيه ولا ارتشاح عظيم في  
المنسوج الخسوي تحت الغشاء المخاطي من الامور التي اذت للقول بأن  
لانتقباض التنفسي لعضلات الخنجرة هو الذي ينتج عنه ضيق المزمار وعسر  
التنفس السابق ذكره لكن المشاهدات التشريحية المرضية والفسولوجية  
قد نفت هذا القول والذي ثبت بالمشاهدات والتجارب الاكيدة ان ضيق  
النفس في مثل هذه الاحوال يكون ناتجا عن شلل في عضلات الخنجرة لا عن  
انقباضها التنفسي فان العضلات الكائنة تحت غشاء مخاطي او صلي  
ملتصبة بالتهاب شديد تكون هي والغشاء الملتصق والمنسوج الخسوي ضمنه في  
حالة ارتشاح ورخاوة باهتة اللون شلاء فلا تكون حينئذ قابلة للانقباض كما  
قاله (وكونسكي)

والذي يثبت أن العضلات التي تكون على هذه الحالة تفقد حقيقة قابلية  
انقباضها هو اعتبار حالة العضلات بين الاضلاع في الالتهاب البلوري قائما  
تسترخي وتدفع الى الخارج بسبب ثلثها او الطبقة العضلية للمعي في الالتهاب  
البريتوني والدوسمطاريا فار في كل من هذين المرضين تفقد الطبقة العضلية  
المعوية حرركاتها الدينامية في الاجزاء المعوية الملتصبة بطبقتهما المصلية

أو الخاطئة لأن الطبيعة العضلية المغشاة بالغشاء الملتصق بعترها الشلل وهذا الاعتبار ومما أنه من المشاهدات ينبغي عليه مع التأكيده تقريره أن عضلات الخنجر المغشاة بغشاء مخاطي ملتصق بها بشدة تكون منفصلة لا منقبضة انقباضا تشجيا أو كون تشلل عضلات الخنجره ينتج عنه حقيقة عسر التنفس يثبت ذلك ثبوتا واضحا من أحداث شلل في العضلات المذكورة بواسطة التجارب التي سيولوحيه اعني بقطع الاعصاب الرئوية المعوية من حيوانات صغيرة بل ان صيق التنفس وعسر الناتج عن فعل هذه التجارب له مشابهة تامة بعسر التنفس الناتج عن الالتهاب الخنجرى ذى الغشاء الكاذب فإنه يشاهد فيه ايضا الشهيق المستطيل الصغير وهلم جرا بحيث ان التشابه بينهما لا يجتنى على طيب حاذق وكذا اعتبار الحالة التشريحية لزمار الخنجره في سن الطفولية يرب كل قصب في هذا الشأن وانا في جميع الاحوال التي لا يتدققها وينفتح بواسطة الفعل العضلي مدة الشهيق لا يد وان تضابق ويندمدة الشهيق العنيف فانه في سن الطفولية تفقد المسافة المثنية التي سماها المعلم (لوفجي) بالمسافة أو الجزء التنفسي المحدود بقاعدة الغضاريف الطرجه اليه المستددة الى الباطن والامام نحو الاوتار الصوتية فان هذه القاعدة ليست ممتدة في سن الطفولية والمزمار يكون في الاطفال نوع ضيق عمن من الامام الى الخلف ومحدود من الجانبين بالاوتار الصوتية الغشائية وحيث ان هذه الاحبال الغشائية مائلة الى بعضها بالمحرف فان هذا انشيق يضيق ثم يندمق ثم يخلط الهواء ورق في القصبه الهوائية وكانت حركات الشهيق شديدة فانه يمكن أحداث ضيق فوهة المزمار وانسداده في خنجره كل طفل عند نزعهما من الجنة واجراء مص قوى في طرفها العصبي وحيث ان المهام جدا الاجل معاملة هذا المرض معرفة كون ضيق المزمار ناتجا عن الأغشية الكاذبة أو عن شلل عضلات الخنجره بسبب ارتشاحها الاوريمياوى ينبغي للطبيب ان يلتفت لدرجة عوق حركات الشهيق والزفير هل كل منهما عسرا والشهيق عسرا وفيرى وزفير سهل فان كان الواقع الاول كان ضيق المزمار وعسر التنفس ناتجين عن أغشية كاذبة فانهم توجب عسرا في دخول الهواء كما توجب في خروجه وان كان الواقع الثاني

كان الشلل العضلي هو السبب في ضيق النفس فيكون عسر التنفس  
لا تسدد المزمار بالهواء الداخل من القم ولا تنف مع رقة الهواء الموجود في  
المسالك الهوائية وتختلله وأما سهولة الزفير فلا ن هواء الزفير بعد حافتي  
المزمار من بعض ما ولا يحتاج للقلع المنفني وانفبه على أن شلل العضلات  
المقنية الطرجهاية التي بها يحصل انساع المزمار يكون سريع الحصول  
عند انقباض الغشاء المخاطي البلعوي المغطى لها واشتركا في هذا المرض  
ولذا تكون أحوال السعال الديكي اى الالتهاب ذى الأغشية الكاذبة  
للخبرة والبلعوم خطيرة للغاية

وقد تأيد عندي حقيقة نظريتي السابقة من أن عدد المزمار واتساعه مدة  
الزفير ناتج عن فعل العضلات الخشيرية متى كانت على حالتها الطبيعية  
وان ضيق النفس وعسر في الذبحة الخشيرية الغشائية معظمه ناتج عن شلل  
عضلات المزمار وذلك منذ ظهرت المرأة الخشيرية واستعملت في هذا  
الخصوص

والقول بان اعراض الذبحة الغشائية السابق ذكرها لا بد وان يتضمن اليها  
احساس بالخصوص في الخبرة غير أكيد فان توجهه اياى الاطفال الى  
عنها يمكن أن يكون القصد منه زوال العائق الموجود في الخبرة بالالهام  
والنفث الذي يكون من ابتداء المرض قليلا جدا يندران محتوى على أهداف  
من أغشية كاذبة والنفس في ابتداء هذا المرض يكون ممتلئا متواتر للغاية  
والوجه محمرا وحرارة الجسم مرتفعة

والغالب أن يحصل في اعراض الذبحة الخشيرية الغشائية انقطاع واضح في  
الصباح وفي اثناء النهار انقطاع يكون واضحا جدا بحيث يشابه التقطع  
(ولذا ان الاومياتين اى الذين يعالجون الشيء بمشله بعد دون بظهور وتأثير  
أدويةهم المحببة بعد بعض ساعات) فيكون التنفس في الصباح سهلا ويعود  
الصوت ثانيا ويشتد السعال ويكون اجم لكنه غير مفقود الرافية بالكلية  
وتتناقص الحصى وتظهر الحالة العامة للمريض غير مضطربة تقريبا ولا يبق  
من اعراض المرض الا صفير خفيف وصوت سعال مريب يذكرنا ما حصل  
لأطفال من التطواهر المرضية المهولة في الليلة السابقة لكن لا ينبغي أن يتعشم

عشا عظيما من هذا الانحطاط اذ كثيرا ما تشو اعراض المرض ثانيا في الليلة التالية وتمهد حياة الطفل بالخطر العظيم وفي مثل هذه الاحوال استمرار الحى ولو بدرجة خفيفة ووجود اغشية كاذبة في البلعوم يوجبنا الخوف العظيم على حياة الطفل

ثم ان السعال الديكى قد يظهر في مدة سير هذا الدارز المتقطع فبعد حالة المرض المطاوعة مدة النهار فورا ان عظيم في الاعراض مدة الليل الى ان يصير الانحطاط غير واضح وتقصير مدته وتزداد التورانات فتخاطر بحياة الطفل وفي احوال اخرى وعلى الكثرة الخطر تأخذ طواهر الذبحة الغشائية سيرا آخذا في التناقل على الدوام فلا يحصل الانحطاط المتعشم فيه وقت الصباح وينتهي المرض انما يحزن في ظرف يومين أو ثلاثة

ثم اذا لم تحسن حالة المريض بل مات لانتهاء الحزن كما هو الغالب في هذا المرض تغيرت صفة الاعراض وهيئة المريض ايضا في وجه الطفل المهرج باهتا وتيمت الشفتان ايضا والاعين التي كانت تنظر بحالة بحوظ وضجر تصير ذات نعاس وقصور ولا يندرس حول في مذاق وان كان الطفل قبل ذلك لا يتأثر بالمقيتات ولا من الوضعيات الخردلية وغيرها من المهيجات الجلدية وتصير حركات التنفس سطحية وبعدم الصوت الصريرى عند الشهيق ويكون الطفل اذ ذاك في حالة انحطاط وتعشم بحيث يظهر ان اعراض السعال الديكى وعسر التنفس ذات الى ان يستيقظ ثانيا من ذلك عقب السعال وفعل مجهودات شبيهة بعميقة فيفسد الزمار فينتدو بصير الطفل في كرب عظيم فيفرع جالساً مرتكزا على يديه ناظرا لما حوله نظرا مفرقا فعلا بمجهودات شبيهة بعميقة ثم يستيقظ ثانيا في حالة الانحطاط والتنعس (وهذه الظواهر عينا تشاهد في الحيوانات التي قطعت فروع الاعصاب الرئوية المتعدية فيكون التنفس عندهم سريلا في كان سطحيًا ويعسر غاية متى كان عميقا وهذا امر ظاهر بالنسبة للتوجيه السابق ذكره)

والظواهر المذكورة التي تحصل في حالة الطفولية عند تقدم سير الذبحة الغشائية تنسب للتشمع التدريجي للدم بجمعة من الكربونيك اذ من انشعاب الدم بهذا الغاز يحصل غالب الخطر العظيم الذي يفتج عن هذا المرض

والظواهر السابق ذكرها لا تنج عن امتلاء أوعية الدماغ واغشيته بالدم كما  
يظن عادة وكذا الاطفال المصابة بالذبحه الغشائية لا تسكن به نسبة سايونوزية  
مادام الشهيق وحده معوقا ما لم يحصل عندها سعال فيضغط متحصل الصدر  
اذ بذلك يحصل عوق في استقراغ الاوردة الودجية وفيما في أن تكون الاطفال  
المصابة بالذبحه الغشائية باهتة اللون في هذا الدور من هذا المرض وهي في  
الحقيقة تكون كذلك الى أن يطرأ شلل القلب فيكثر فراغ الشرايين ويزداد  
امتلاء الاوردة فتسكن الشفتان الباهتتان لواناس سايونوزيا فانه متى كان  
الدم الكائن في الاوردة داخل الصدر معرضا لضغط اخف من الضغط الواقع  
على الدم الكائن في الاوردة خارج هذا التجويف ومالت الرئة المرفقة بانقباضها  
على نفسها وصغر حجمها واحداث تمدد في الاوعية المحيطة بها وكانت قوة  
جذب الرئة تتزايد عند كل شهيق عميق فانه بازدياد تمددها تزداد قوة جذبها  
ترتب على ذلك ولا بد ارتقاء هذه القوة الجاذبة الى أشد الدرجات وهروغ  
الدم من الاوردة خارج تجويف الصدر الى الاوردة الكائنة في هذا  
التجويف متى اجتمعت منه في فعل شهيق عميق وكان المزمار متضايقا ولا  
يحصل كل من السايونوز وعوق استقراغ الاوردة الدماغية بهذه الكيفية  
التي بل ولا بد أنها تحدث نتيجة مخالفة لذلك بالكافة

وايس الامر كذلك بالنسبة لتوزيع الدم متى كان كل من الشهيق والزفير  
معوقا فان تضايقت فوهة المزمار جذا بواسطة الاغشية الكاذبة بحيث  
لا يمكن الادخول جزء قليل من الهواء في الرئتين ولا يخرج منها الا جزء قليل  
أيضا وحصل اتمام كل من الشهيق والزفير بجميع مجهودات المريض غلب  
تأثير الزفير الشاق على تأثير الشهيق الشاق بالنسبة لاستقراغ الدم ورجوعه  
الى تجويف الصدر وبذلك يحصل السايونوز الشديد بحيث ان فعلت عملية  
القطع الخنجرى في هذا الدور حصل من امتلاء الاوردة العنقية تعسر عظيم  
في اجراء هذه العملية

وحيث ان التبادل الغازي الرئوي يتعلق على الخصوص بتجدد الهواء في  
في الحويصلات الرئوية وان الدم لا يتنخل عما احتوى عليه من حمض  
الكربون وبأخذ الاوكسجين الا بشرط أن يكون الهواء الموجود في الخلايا

الرقوية أقل احتواء على حمض الكربون واكثر احتواء على الأوكسجين  
منه في الدم الموجود في الاوعية الشعرية المحيطة بالخلايا الرئوية كما  
نتيجة النفس الغير التام في الذبحة الغشائية التبادل الغازي الغير التام في  
الخلايا الرئوية بحيث ان حمض الكربون الذي يتكون على الدوام في الدم  
لا يتصاعد منه ويخرج الى الخارج لكثرة احتواء الدم الموجود في الخلايا  
الرئوية عليه وتشبعه به فالاعراض الماذكورة هي عين التي تحصل من  
استنشاق شخص لحمض الكربون وانما يحصل التسمم بحمض الكربون  
في السعال الديكي من الحمض المتكون في الدم واماني احوال استنشاقه  
فالتسمم فيه يحصل من استنشاق الغاز الاتي من الخارج

وحينئذ يحصل في الغالب الاتهاء المحزن بعد ظهور الشلل التدريجي العام  
الناجم عن التسمم بحمض الكربونك ويندر ان يكون حصول الموت فجائيا  
عقب انفصال الأغشية الكاذبة وسدها لسان المزمار ومنع دخول الهواء  
منعاجائيا فيحصل الموت بالاختناق

وفي الاحوال التي فيما ينتهي هذا المرض اتها جميعا يحصل التعيين نادرة  
حصولا تدريجيا بان يتقذف زنا فزنا فتشخرج محتلمة بدف غشائية منعقدة  
كثيرا او قليلا ويصير السعال سهلا ويرتفع الصوت وتزول اعراض الخدر  
العمومي عقب انتظام حركات النفس وتارة وهو نادر جدا يحصل جهولا  
فجائيا عقب انقذاف أغشية كاذبة عظيمة بحركات السعال او التي تكون  
على شكل الانابيب فالنفس الذي كان صعبا للغاية يصير سهلا دفعة واحدة  
وينجو الطفل من الخطر العظيم الذي كان مهددا له ان لم يسد المزمار ثانيا  
بتكون أغشية كاذبة أخرى أو حصل ثوران جديد في الالتهاب وأوزيما في  
عضلات الحنجرة

وكثيرا ماتت تلك الاطفال عقب انتهاء هذا المرض سيما عند استقراره زمنا  
طويلا باحتقان الرئة وأوزيماها او بالتزلات الشعبية الشديدة وعدم نجاح  
القطع الجخري في احوال هذا المرض المتقلعة يتسبب بدون شك عن هذه  
المضاعفة الملازمة التي هي من النتائج الضرورية لهذا المرض فانه متى  
تدد الصدر وانبعت الحويصلات الرئوية بدون دخول كمية كافية من

الهواء فيها نتج عن ذلك رقة الهواء المحتوية عليه الشعب والحويصلات  
الهوائية فالغشاء المخاطي للشعب وباطن الحويصلات الرئوية يكون في  
الذئبة الغشائية كالجلد الظاهر الموضوع عليه عجم ومن المعلوم ان  
الاحتقان والارتشاح من النتائج الضرورية للحصول لزوال ضغط الهواء  
وتناقصه الواقع على جدار الاوعية الرئوية الشعرية وبذلك يوجه اصطحاب  
السعال الديكي بالترلة الشعرية على الدوام

والذي يظهر ان ما ذكره الطيب (بون وجوهارد) برسا تيهما على السعال  
الديكي من انه يعقب على الدوام هذا المرض المضيق للنجفة التهاب شعبي بعد  
قليل مما يوجب الارتباط السببي بين هذين المرضين دون كل من الالتهاب الرئوي  
والشعبي اللذين يضاعف الذئبة النجيرية الغشائية في بعض الاحوال  
وقد ذكرت في أول جلة من هذا الكتاب عند الكلام على الالتهاب الرئوي  
ان هذا الالتهاب ينشأ على الدوام في الاحوال التي فيها يحصل امتلاء دموى  
في اوعية الاغشية المخاطية مهما كان السبب اعتبارا بما بقي أشكال الالتهاب  
واما ارتفاع الاحتقانات البسيطة أو تليجتها فهو من اعظمها وأما كون خطر  
الالتهاب النجيري الغشائي يزيد اريادا عظيما باصطحابه بالترلة الشعبية فامر  
معلوم واما القول بان الموت في السعال الديكي الحقيقي ينشأ على الدوام من  
الالتهاب الشعبي فقط أو الشعبي الرئوي فهو بلا شك من المبالغات واما  
اعراض السعال الديكي التابعي الذي يحصل في أثناء سير الحصبة والقرونية  
والجدري وغيرها من الامراض التسممية التي منها الدقيرية الوبائية فستكلم  
عليها عند الكلام على الامراض المذكورة

#### • (التشخيص) •

مما تقدم من بيان اعراض هذا المرض وسيره اتضح لنا المشابهة منه وبين  
الالتهاب النجيري الرئوي واتضح لنا أيضا الفرق بينهما كما كنا ننبه على أن وجود  
اغشية كاذبة في البلعوم مهم جدا في تشخيص هذا المرض كخروج اغشية  
كاذبة بمحركة السعال أو التي وان عسر التنفس في الالتهاب النجيري الرئوي  
نادر وبرهني وان الالتهاب النجيري الرئوي في غالب الاوقات لا يكون  
معصوبا بجمي واما الالتهاب النجيري ذو الغشاء الكاذب فيكون معصوبا بها

### • (الحكم على العاقبة) •

الاطفال الذين جاوزوا سبع سنين يمكن أن ينجموا من اشكال هذا الممرض الثقيلة وامام دونهم في هذا السن فيكون هذا المرض فيهم خطرا للغاية وقد ذكرنا فيما تقدم ان كثرة نجاح المعالجة التي يتبناها بها كثير من الاطباء تكون في الغالب ناشئة عن اختلاط في التشخيص ومن المثلث ايضا ان ظهور هذا المرض ظهورا وباتيا يصيره أشد خطرا وصاحبة النتيجة الغشائية الخجيرية للالتهاب البلعومي ذى الغشاء الكاذب ان لم تكن قاتلة على الدوام لا ينكر انهم تزيد في خطر هذا المرض

وكل من الضجر والقلق وامسلاء البيض واحمرار الوجه وبهجة الصوت او فقدة بالكلية أقل خطر من العلامات الابتدائية لتسمم الدم فانه متى صار وجهه الطفل باهتا وبهت شفتاه ايضا وصار في حالة تنفس ضعفت حواسه واضطربت ولم تؤثر عنده المقيثات او حصل له في غذا في لا يتعشم الطبيب بالتبجح الا في بعض احوال قليلة

### • (المعالجة) •

اما المعالجة الواقية للالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب فتستدعي عين الوسايط التي أوصينا بها في المعالجة الواقية في الالتهاب الخجيري الترنلي فلا ينبغي حجز الاطفال الذين أصيبوا بهذا المرض مرة أخرى ونحو امنه في أودهم على الدوام كما انه لا ينبغي الافراط بكثرة التدثر بالملايس نعم ينبغي عند وجود الاستعداد لهذا المرض صيانتهم عن تأثير الرياح الشمالية والشمالية الغربية الشديدة بدون الاعتراض بأشعة الشمس ومنعهم عن المكث في الحارات بعد غروب الشمس والايضا بغسل العنق والصدر بالماء البارد ثم تجفيفه بهما تجفيفا جيدا سر يعافان هذه الوساطة من الوسائط العظيمة لوقاية الاطفال من هذا المرض عند وجود الاستعداد للاصابة به

واما المعالجة السببية فلا يمكن اتمام دلالتهم في معظم الاحوال حيث ان سبب السعال الذي سفي في الغالب وحيث ان العوام يعتدون ان هذا المرض انما ينتج عن تأثير البرد يادرون باستعمال المعرفات متى حصل عند الطفل بحة في الصوت بان يعطى الطفل اللبن الفاتر بكمية عظيمة ويفضلونه على



المنقوعات العطرية المعروفة كمنقوع اليلسان ويدثر بالماء الدافئة حتى يحصل التعريق فانه من المعتقد عندهم انه قد حصل تعريق غزير للطفل فجامن هذا المرض الخطر وكذا الاطباء الذين يستعملون المعالجة بالماء البارد يزعمون حصول النجاس المتكررة من اف الجسم مع الاحتباس بآلات مغموسة بالماء البارد ومعصورة عصر اجساد اطفالين انه يحصل من ذلك شجاج عظيم جدا في كثير من الاحوال ان ذلك يتأكد ورجوع فعل الجلد الى التغير الجلد الى المنقطع وتأثير البرد في الجلد وان جازا أن ينشأ عنه السعال الديكي الحقيقي الا ان التغير المرضي فيه ليس به سيطا جدا بحيث انه يزول بحصول تعريق الجسم واما في احوال الالتهاب التزلي فلا مانع من حصول ذلك لان احتمقان الغشاء المخاطي الذي يكمن بانفراده في اتفاحه والتهابه التهابا تزلليا يمكن ان يزول عقب احداث تقيمه في الدورة الجلدية واحداث التعريق وبذلك يحصل التحويل على الجلد فيزول سبب الالتهاب التزلي من الغشاء المخاطي وحيث لا يمكن بالنسبة للعامة في كثير من الاحوال تمييز النجاسة التزلية عن النجاسة الغشائية من اول الامر بل ويتعسر على الطبيب المندوب لطفل ابلا وكان عنده نجاسة في الصوت وسعال خشن رفان وحصل له نوب ضيق في النفس الوقوف على الحقيقة وتمييز هذين المرضين من بعضهم ما لا بعد اتباع سير المرض مدة من الزمن جازا لا يصعب باستعمال المشروبات الفاترة اثناء حتى تتضح أعراض المرض مع تدثر الطفل بالملابس الجيدة ووضع اسفنجة مبللة بالماء الفاتر على العنق بعد عصره جادا

وحيث انه يظهر في كثير من الاحوال سيما في السعال الديكي الوباي ان الالتهاب يمتد من البلعوم الى الغشاء المخاطي الخشبي تستدعي المعالجة السببية ان الطبيب متى رأى لطفان اغشية كاذبة على اللوزتين يلزمه الاهتمام باجراء معالجة قوية جدا فلا يقتصر في مثل هذه الاحوال على ارسال العلاق على العنق حيث ان مثل هذه الوسطة لا يقطع بنجاحها بل تزال الاغشية الكاذبة عن اللوزتين ونفس الامور المرضية بالجرجر الجهنمي مساقويا فان هذه الوسطة اقوى الطرق العلاجية والتجمع اورد بما كان التأثير القابض للعبر الجهنمي على الغشاء المخاطي اقوى واسطة مضادة

## لالتهاب

واما معالجة المرض نفسه فبموصى فيها كثير من الاطباء خصوصا في القرى  
 باستعمال المقيثات وارسال العلق متى ظهرت العلامات الابدائية لهذا  
 المرض ويقولون ان ارسال العلق خاصيته تنقيص الالتهاب والمقيثات  
 خاصيتها قذف الاغشية الكاذبة وتبعد هامن اول الامر وليس لاحد من  
 الاطباء اجرام على الانتظار والتأني حتى تنضج عوارض مخصوصة تستدعي  
 وسائط علاجية مخصوصة وتجارب الاطباء الاميون باتين هي التي دللتنا  
 على ان الذبجة الحجرية الغشائية قد تشفى عند الاطفال بدون استعمال  
 المقيثات وارسال العلق فان ارسال العلق على قاعدة القص أو العنق من  
 واحدة الى اثنين عند طفل عمره أقل من سنة ويزاد في عدده عادة على حسب  
 السنين مشكوك في نجاحه بل قد يكون مضرا في معظم الاحوال فان  
 ارسال العلق مؤسس على نظريات غير صحيحة وهي ان الاحتقان والالتهاب  
 معاهما واحد وان الاستقراغ الدموي الموضعي ينتج عنه حثث زوال  
 الالتهاب لكن الواقع ان الالتهاب لا يمكن قطعه سيرة بواسطة الاستقراغات  
 الدموية نعم بهذه الاستقراغات يمكن تنقيص الاحتقان التامعي الجانبي  
 من الاجزاء المحيطة بيورة الالتهاب متى حصل الالتهاب في الغشاء المخاطي  
 الحنجري ووقف الدم في أوعيته الشعرية هرع بقوة الى الاوعية الشعرية  
 للمسوجات المجاورة ونجم عن ذلك زيادة ارتشاح واتفاخ واوزعافها  
 وحيث ان بعض خطر هذا المرض ينتج عن ذلك فن الجائز انه متى كان مصيبا  
 لاطفال أقوى البنية دمويين جاز ارسال بعض علق على قاعدة القص وهذه  
 هي الحالة الوحيدة التي يجوز ارسال العلق فيها ولا يسوغ مطلقا ارساله على  
 الحنجرة فان ايقاف النزيف في هذا الجزء عسر جدا والاجود ان يرسل العلق  
 في مثل هذه الحالة من يد الطبيب نفسه أو جراح متمرن عنده المأم بأيقاف  
 النزيف واما الاطفال الضعفاء البنية ذوال تغذية غير الجيدة فلا تستعمل  
 لهم هذه الوسطة فانها خطيرة للغاية وذلك لان خروج الدم ينشأ عنه انحطاط  
 قوى الطفل بحيث لا يمكنه فيما بعد اجرام كالتنفس العسرة وقذف  
 الاغشية الكاذبة لاسيما والاستقراغات الدموية لاقوة لها على منع تكون

## هذه الاغشية الكاذبة

وأما استعمال المقشّات فتشكوك في تأثيرها المحول في الذبحة الغشائية كما أنه لا يؤمل حصول الفائدة في تأثيرها المعرق فلذا لا تستعمل الا اذا كان معظم ضيق النفس ناتجا عن تراكم الاغشية الكاذبة وسدّها للمزمار ولم تكن مجهودات السعال عند الطفل كافية في ازالة هذا العائق وقد ذكرنا عند الكلام على بيان الاعراض ان عسر حر كات الزفير ينتج غالبا من ضيق المزمار أو انسداد به بسبب تراكم الاغشية الكاذبة فيه فتبرح حيث يند هذا العرض من الدلالات القوية لاستعمال المقشّات وحيث ان تكون الاغشية الكاذبة يمكن ان يحصل بسرعة في ابتداء هذا المرض فمن الجائز في مثل هذه الحالة استعمال مقشّي من الابداء أو أجود المقشّات في هذا المرض كبريتات النحاس فهي افضل من عرق الذهب والطرطير المقيّ لكن ينبغي الاحتراز من استعمالها بمقدار صغير جدا فانه لا يؤثر تأثيرا كبيرا كيد ابيض حدث حينئذ ظواهر تشبهية دون ما اذا استعمل بمقدار عظيم لا تقبل ان يحصل من كبريتات النحاس من عشر قطرات الى خمسة عشر في أوقيتين من الماء أعنى من خمسة ديسى جرام الى سبعة في خمسين جراما من الماء ويعطى من هذا المحلول ملعقة من ملاعق الشاي مخلوطة كل خمس دقائق الى ان يحصل القيء وكلما انحطت الاعراض بعد القيء انحطاطا واضحا وكانت كمية الاغشية الكاذبة المنقذة كبيرة وجب تكرار اعطاء المقي حتى زاد عسر التنفس ثانيا وكان مكتسبا بالوصف الذي ينشأ فيها تقدم فان لم يحصل انحطاط في الاعراض بعد استعمال المقي ولم تنقذ أغشية كاذبة ولم يوجد عسر في التنفس عند الزفير فلا يجوز تكرار المقي أبدا وكثيرا ما تخطئ الاطباء في عدم التخلص بهذه القاعدة فطالما يعطى للاطفال محلول هذا الجوهر القوي التأثير بدون أن يحصل عندهم أدنى فيء ويرى انه يخرج من الشرج مخلوطا باللبين المنقذ ومع ذلك يستمرون على استعماله بدون تقطن ولا ادراك مع ان الطفل يتأذى منه غاية التأذى دافعا للملعة يدهم بعد انهم لم يحصل لهم من المفص والالمن من هذا الجوهر بدون فائدة ولا فيء ويستعمل ايضا في هذا المرض بكثرة تأثير التبريد من الظاهر بوضع كمادات باردة حول عنق الطفل وتغييرها بسرعة جدا مع الاجتهاد

وايبدأ باستعمالها حال متى ظهرت العلامات الابتدائية للسعال الديكي  
وهذا الواسط طمأن فزع كثير من العوام وأهل الاطفال من استعمالها  
لضعف اعتقادهم في تأثيرها لا تخلو عن عظيم منفعة ويظهر حقيقة ان  
استعمال التبريد على الجلد من الظاهر في التهابات الاعضاء الباطنية كما  
أوصى به المعلم (كبوش) في الالتهابات البريتونية النفاسية له تأثير لا واسطى  
مضاد للالتهاب ولو ان توجيه تأثيره في التهاب الاعضاء الباطنة المغطاة بالجلد  
والعضلات ونحو ذلك عبر الايضاح لكن التجارب هنا لها حق وتسلطن  
على التوجيهات الفسيولوجية واجمع معالجة الالتهاب الرئوي واما  
قول الاطباء الايدروباثيين اى المستغلين فقط بالمعالجة بالماء البارد بان  
استعمال التبريد على الاعضاء الباطنة الملتببة استعمالا موضعيا بدون  
استعماله استعمالا عاما فلا ينبغي التسليم به حيث ان ضرره اكثر من نفعه

وقد أوصينا فيما مر من الأغشية المخاطية بالجر الجفهي وذكرنا انه واسطة  
قوية لا واسطية مضادة للالتهاب ونوصي هنا ايضا باستعمال محلول الججر  
الجفهي مساعلي القضاء المخاطي الملتب وهذا الطريقة المتسوية للماهر  
(بريتون) قد ثبت نجاحها في الطب العملي ثبوتاً كبيراً ولاجل اجرائها يؤخذ  
قضب منقح من شنب القيطس يثبت على احد طرفيه قطعة من اسفنجة  
وتغمس في محلول مركز من تترات الفضة بان يحل نصف درهم منها في درهمين  
من الماء المقطر اعني ٢ جرام على ٨ جرام من الماء المقطر ثم توجه  
الاسفنجة نحو فوهة المزمار بعد تشكيل قاعده اللسان والفك السفلى في  
وصلت الى هذا الجرح حصلت انقباضات عضلية بها تنغصم الاسفنجة وحينئذ  
لا بد وان يدخل جزء من السائل في الخشيرة ولو قليلا

واما الزئبق الحلو فتأثيره المضاد للالتهاب في هذا المرض وان كان مشكوكا  
فيه زياد عن تأثيره النوعي فيه لا يشكر نفعه الجيد في معالجة السعال الديكي  
كثير من مشاهير الاطباء ولذا ينبغي استعماله من ربع قعصة الى نصف قعصة  
كل ساعتين (اعني من ١ سنتي جرام الى ثلاثة) واما الطارطير المقي فاستعماله  
بقدر ارضخير (اعني ١ ديسي جرام على ٥٠ جراما) من الماء المقطر كل  
ساعتين مل مائة صغيرة وكذا كبريتات الصخر قعصتين على اوقيتين (اعني

١ ديسى جرام على ٥٠ جرام من الماء) ويعطى منه ملعقة صغيرة من ربي  
ساعة الى ساعتين في هذا المرض وليس له أدنى غيرة بل يحشى منه كادلى على  
ذلك تجاردي

وأما كبريات البوتاسا فاستعمالها بالكيفية الآتية بان يؤخذ منها ٥  
ديسى جرام الى ١٠ على ٢٠ جرام من الماصع ثلاثين جراما من  
الشراب البسيط (اعنى اوقية) ويعطى من ذلك الخلوط مل ملعقة شاي كل  
ساعتين) فقد ترك الآت وصار في زوايا النسيان ولو أوصى به من الأطباء  
(وبليه وبرتز) وهما من مشاهير الأطباء في معالجة امراض الاطفال كما ان  
الابصاء يتأثروا بونات الصودا بقدار عظيم جدا مؤسس على نظريات لاعلى  
مشاهدات ناجحة فلذا لا يعتمد عليه وقد أعطى هذا الجوهر الدوائى لصورا  
بأنه يذيب الأغشية الكاذبة ويتنع انعقاد النضج المرضى الجديدي ويحسن  
حالة الدم

وأما استعمال كلورات البوتاسا المدوح ~~بكمية~~ كثيرة في الدقيرة الحلقية  
الوبائية وفي الذبحة الغشائية التابعة التي كثيرا ما تضعف هذا المرض  
فيوصى باستعمالها من الأطباء الذين لا يميزون بين الذبحة الغشائية التابعة  
أعنى الناشئة عن تسهم في الدم وبين الذبحة الحقيقية الذاتية وليس عندي  
تجاردي في تأثير هذا الجوهر الدوائى في المرض الذي نحن بصدد معالجه  
التجاري لم تؤيد ذلك بالكلية الى الآن

ومنى نجب الطبيب اطفال مصابة بالذبحة الخنجرية الغشائية الابدائية فلا  
ينبغي له أن يعتقد ان الطفل يم للث في أقرب وقت اذ لم تجر عليه معالجة قوية  
لأنه بل الذي عليه ان يرتب المماالجة ويظلمها بحسب الحالة المتضمنة لذلك  
فيرسل العلق عند وجود الدلالات التي تقسم ذكرها مع مباشرة التزيف  
التالي له ولا يقتصر في الابتداء في غالب الاحوال على الوضعيات الباردة حول  
العنق ولا يتأخر الطبيب عن وضعها يسده حتى يرى أهل الطفل حصول  
الراحة عنده منها والاعتقاد في منفعتهما اذا كان مع الطفل اسالك بؤمر  
له بمحنة ملبنة لاجل سهولة تحركها كالتا لجلب الحاجر وأجودها المأخوذ من  
ثلاثة أجزاء من الماء وجزء من الخسل ثم اذا زاد عسر التنفس وقهر الزفير

وجب اعطاؤه مقيتا بمقدار عظيم كاذ كرنا بدون ترك المكمدات الباردة  
 واذا استدعت حالة المريض تكرار التي كرر فاذ لم يحصل المخاط في  
 الاعراض بالمعالجة المذكورة وجب استعمال محلول الجبر الجهنمي مساعلي  
 فوهة الزمار كل بعض ساعات ولا ينبغي للطبيب ان ينسى ان ساعات الصباح  
 في الابتداء يحصل فيها في كثير من الاحوال المخاط في الاعراض كما ان  
 ساعات المساء يحصل فيها ثوران عظيم بحيث تكون حالة الاطفال في الليل  
 خطيرة خطر اعظم ومهما كانت درجة تحسين حالة الطفل لا ينبغي له ترك  
 الفراش وحرارة القاعة ينبغي تنظيمها بمقياس الحرارة وتسميرها طبية  
 بوضع اوان مملوءة ماء فيها وينبغي اعطاء الطفل كل ساعتين نصف قعصة من  
 الزنبق الحلو وتقليل تكرار المكمدات الباردة ولف العنق بخرقة من صوف  
 وادامة استعمال محلول الجبر الجهنمي لكن في ازممنة متباعدة عن بعضها  
 واذا حصل ثوران في اعراض السعال الديكي في الليلة التالية وجب تكرار  
 استعمال الوسايط المذكورة

ثم اذا لم تنجح هذه المعالجة ولم يحصل تحسين في حالة الطفل المريض في ظرف  
 عشر ساعات او اثنتي عشرة ساعة لا ينبغي ضياع الزمن باستعمال كل من  
 كبريتورالاتيون وثاني كربونات الصودا و كلورات الموتاسا والسنيجا  
 وغيرها من الجواهر المنقطة بل ينبغي المبادرة بفعل القطع الخنجري وكما بودر  
 باجرا هذه العملية اذ اذا العشم في ان كلامنا من انزال الشبعية واحتقان  
 الرئتين وأودعها لا يكدر في نجاح العملية وعدم جودة نجاح هذه العملية  
 في كثير من الاحوال لا يلجئنا الى عدم فعلها متى لم تنجح الوسايط العلاجية  
 السابق ذكرها فان الموت الحاصل ولو بعد فعلها يكون اقل ايلاما لطفل  
 وأقل حسرة لمن حوله من أهله اذا لم تفعل فانه يكاد يحصل على الدوام بعد  
 اجرائها لتحسين وقتي واضح وهذا هو تام ولو في الاحوال التي تأخر اجرائها فيها  
 ولم تعقب بالنجاح

\* (تنبيه) - اجراء هذه العملية في الاحوال المتقدمة من هذا المرض مؤلم  
 ومفرغ للغاية لمن حول الطفل من أهله زيادة عن عدم النجاح فيها ولذا قال  
 الشهير (بلوت) ان لطبيب الذي يتنعم من فعل هذه العملية في مثل هذه

## الاسوال سقافي ذلك

وأما المعالجة العرضية فيلتجأ فيها زيادة عن الوسائط العلاجية التي ذكرناها  
 لأجل مقاومة ضيق النفس والمرض نفسه الى مراعاة ظواهر الشلل التي  
 ذكرنا انها تنتج عن تسهم الدم بجموض الكربونيك وأقوى الوسائط العلاجية  
 المنبهة التي مدحت هنا كما مدحت في التسهم بجزار الفحم صب الماء البارد  
 على الطفل وهو في حمام ذر ولا ينبغي اهمال استعمال هذه الطريقة متى  
 وجدت في الطفل لتنعيم والضعف في الحواس واردة في الجلد ولم تنقر  
 المقيضات الموصى باستعمالها في مثل هذه الحالة ومن المشاهد أن صب سطلين  
 من الماء البارد من ارتفاع مناسب على رأس الطفل وتظهره ينتج منه غالباً  
 استيقاظ الطفل وتقوية السعال عنده بل كثيراً ما تقذف بعد الحمام أغشة  
 كاذبة وأقل من ذلك فنجاحا الجوهر المنبهة التي لا يسوغ استعمالها الا اذا  
 منع الطبيب بالكلية من اجراء صب الماء بسبب الاعتقادات الفاسدة  
 المتسلطنة على عقول العامة وتلك الجوهر هي الكافور والمسك بأن يعطى  
 منهم ما مقداره عظيم قبل استعمال المقيضات بأن يؤخذ ٥ ديسى جرام (أي  
 عشر قممات) من الكافور وعشر جرامات من الايتيرال على أعنى ٣ دراهم  
 ويمزجان ويستعمل منه ما كل ربع ساعة من عشر نقطة الى خمسة عشر في قليل  
 من الماء المحلى ويؤخذ من المسك أربع قممات على درهم من السكر (أعنى  
 ٢ ديسى جرام على ٣ جرام من السكر) ثم يمزجان جيداً ويقسمان خمسة  
 أوراق ويعطى للمريض من ربع ساعة الى ساعة ورقة وكذا تستعمل اللبخ  
 الخردلية على الساقين والقدمين والابرن اليدوية والذراعية الساخنة بقدر  
 ما تحتملها الاطفال والحراريق الطيارة على الصدر والقفال لابل مساعدة  
 المنبهات المستعملة باطنوا لأجل التحويل من الخبيرة نحو الجلد وشحن وان لم  
 نهتقد ان هذه الوسائط ذات منفعة عظيمة في الذبحة الغشائية ~~لكننا~~  
 نستعملها عند عدم الوسائط الأقوى منها نجحاً خصوصاً في الاحوال التي  
 تستطيل مدتها وتحسن تارة ثم تتناقل أخرى والتي لم تعجج الوسائط السابقة  
 فيها ولم تقدم فيها على القطع الخبيري وقد أوصى المالم (بريتونو) لأجل تقوية  
 الحراريق الطيارة بدهنها بمسكة من الزيت المخلوطة بالذراير بحين وتقطيعها

قطعة من الورق الرقيق جدا قبل وضعها

\*(المبحث الثالث في القروح الخبيثة التزلية)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

مضى امتد تكون الخلايا الجلدية الذي يحصل على سطح الأغشية المخاطية في  
أحوال الالتئامات التزلية لحادة والمزمنة إلى جوهر الغشاء المخاطي نفسه  
وأحدث فيه التلاشي والتقرح فتكون عن ذلك فقد جوهر سطحى وهو  
التقرح أو التسلخ التزليان وكيفية حصول ذلك من الادرار المسمى  
التأمل لما يشأ على سطح الجلد من التغيرات المماثلة لذلك فإنه ان وضع  
منقط مثلا على سطح الجلد وارتفعت البثرة على شكل فقاعة تكدر السائل  
الموجود فيها بعد مضي بعض أيام باختلاطه بخلايا جديدة فتكون على سطح  
الجلد من الجلد مرضى للاخلية البشرية الفائرة ويبقى منسوج الجلد سليما فان  
وضع جوهر مهيج كزهم مثلا على سطح الجلد العارض عن بشرته امتد تكون  
الاخلية الجديدة من السطح الظاهر إلى جوهر الجلد نفسه وأحدث فيه  
تلاشيا ونج عن ذلك قرحة جلدية سطحية تشبه بالكلية القرحة السطحية التي  
تحصل في الغشاء المخاطي المعروفة بالقروح التزلية

وفي أحوال أخرى يصير بعض الاجزىة المخاطية الموجودة بكثرة في الخبيثة  
مجاها فتكون اخلية جديدة كثيرة فتنتفخ انتفاخا عظيما وينفجر جدا درها  
الظاهر ويبقى منسوخا منسوخا فيها فينشأ محل هذه الاجزىة فقد جوهر مستدير  
والسبب في ذلك انتفاخ الغشاء المخاطي وضماخته بحيث ينتج عنه تحول  
قوّهات الاجزىة وانسدادهما وتجهها بواسطة الافرازات المتجمعة فيها وهذا هو  
الشكل الثاني من القروح التزلية أعنى القروح الجارية

ومن التادر حصول القروح التزلية في أثناء سير الالتئامات التزلية الحادة  
للخبيثة وأما حصولها في أثناء سير الالتئامات التزلية المزمنة لهذا العضو  
فكثير ونحوها الالتئامات الخبيثة البلعوى التزلى الجراحي الذي يعترى  
الاشخاص الذين يتكلمون بصوت جهورى كالمطباء والمغنين والمدمنين  
على شرب التبغ والمشروبات الروحية وتحصل هذه القروح التزلية بكثرة  
أيضا في الاشخاص المصابين بالسل الرئوى بطعن النظر عن الاصابة الدرينية



للخبرة ومن الواجب ذكره ان المعلم (ترك) كثيرا ما وجد قروحا نزلية في  
الخبرة تكاد تكون غير محاطة بادنى اثر من التغيرات النزلية للغشاء  
الخاطى الخبرى

ووجد في الخبرة بعض محال تظهر فيها القروح الخبرية النزلية بكثرة وذلك  
كالحذر الخلقى من الخبرة والاربطة الدرقية الترجهالية والاطراف المقدمة  
والخلفية من الاحبله الصوتية ولسان المزمار خصوصا في جرته المقابل  
للاحبله الصوتية والغضروف الترجهالى وذلك لان المحال الابتدائية كثيرة  
الاجرية الخاطية ومنسوج الغشاء الخاطى فيها من لقله الالياف المرنة فيه  
واما جود القروح المذكورة في المحال الاخيرة فانما ينتج عن سبب ميكانيكى  
فان الاحبله الصوتية تتقارب الى بعضها عند التكلم بصوت عال بحيث  
تتلامس اطرافها ببعضها ومضى كان الغشاء الخاطى المغشى لها في حالة  
استفاخ زنى حصل احتمال دائم عند التكلم ينتج منه تسليخ وقروح في هذه  
الاصفار كما قاله المعلم (لوين)

#### • (الصفات التشريحية) •

اما التقرحات النزلية فانما تظهر ابتداء على شكل مستدير أو خطى تابع لمسير  
الياف المرنة وفيما بعد تحتلط ببعضها بحيث يتكون عنها فقد جوهر عند  
غير منتظم واما القروح الجارية فانها تحفظ شكلها المستدير ولومع  
طول مدتها ولا تظهر مبالا لامتداد في الاتساع بل في العمق وتؤدي بسهولة  
لاصابة الغضاريف ومن النادر انضمام جملتها الى بعضها بحيث يحصل  
فقد جوهر عظيم في الغشاء الخاطى للخبرة وتمت فيها اعنى السل الخبرى  
النزلى

والقروح الخبرية النزلية التى تبدى من الاطراف المقدمة او الخلفية  
للاحبله الصوتية في الخبرة تمتد احيانا على طول معظم احد الاحبله  
الصوتية اوجميعها وهو الغالب وفي بعض الاحوال يكون فقد الجوهر  
سطحيا جدا بحيث تظهر الاحبله الصوتية كأنها منبرية واحيانا أخرى بعظم  
تهتكها جدا وقد شرح المعلم (لوين) نوعا من القروح الخبرية النزلية التى  
تظهر على السطح السفلى من الاحبله الصوتية وذكر انه لا يشاهد من هذه

القروح مسدة الحياة الاحافتها الوحشية على شكل ثنية صغيرة في الغشاء  
الخاطى وتظهر انهم اميتبة أسفل موازاة غشاء الاحبله الصوتية العليا وكثيرا  
ما توجد في المرضى المصابة بالسل الرئوي تقرحات خزلية خفيفة لا يندران  
تكون مخاطية تولدان قطرية صغيرة في جوف الغشاء الخاطى الخفيف  
المغشى لتتوان الاحبله الصوتية والغضاريف الترجهالية بحيث ان هذه  
التقرحات التي لا تشاهد الا بالمرآة الخفيفة ولا ترى في الانثى خاص السليمة  
البنية تعتبر من العلامات الواضحة لسل الرئوي  
• (الاعراض والسير) •

اعراض النزلة الخفيفة المزمنة لا تتغير بواسطة مضاعفة هذا المرض بالقروح  
الخفيفة النزلية تغيرا عظيما لكن من الامور المقربة للظن بوجود قروح في  
الخنجرة أن ينضم الى الاعراض النزلية الخفيفة المزمنة التي تتورز منا فزمننا  
وترقى حتى ينطفئ الصوت بالكلمة والى السعال الاصح الموجود من مسدة  
طويلة الاحساس بالحمى أو يجرح في باطن الخنجرة يزداد تشكى المريض  
به عند التكلم والسعال لكن هذا العرض الذي يصير احيا فامتعبا للغاية بحيث  
يمنع المرضى من التكلم او يلجئهم الى التكلم بدون حركات في احبله الصوت  
فيستكلمون بدون صوت كثيرا ما يفقد ولومع وجود تقرحات عمدة في  
الخنجرة ويقوى الظن بوجود القروح الخفيفة ان انضم لاعراض النزلة  
الخفيفة المزمنة عسر والم في حركات الازدواج فان هذا العرض أقله لا يفقد  
مطلقا متى كان مجلس التقرح في لسان المزمار والابطلة الترجهالية  
السايسة المزمارية أو الغضاريف الترجهالية ومع ذلك حيث ان هذا  
العرض يشاهد في احوال النزلات الحادة البسيطة الشديدة جدا في الخنجرة  
التي مجلسها في الحال السابقة فلا يمكن به الحكم مع التأكد بوجود تقرحات  
في الخنجرة وانما الذي يرتكن اليه في تشخيص القروح الخفيفة المزمنة  
يقطع النظر عن مشاهدتها بالمرآة الخفيفة هو اختلاط النفت القليل ببعض  
مواد دموية على هيئة اشرطة دقيقة ومن العلامات المهمة المدركة بالنظر  
هيته الغشاء الخاطى للعاق والبلعوم فقد دلت التجارب على ان القروح  
الجراية للخنجرة تصطبغ غالباً بقروح مماثلة في البلعوم فيختلص في وجد

في مريض مصاب من منذ زمن طويل بجمحة في الصوت وغيرهما من اعراض  
الترلة الخجيرية المزمنة ان الغشاء المخاطي للوجه الخلفي من اللهاة والبلعوم  
مرصع بقروح صغيرة مصفرة جازا الظن بان التربة الخجيرية المزمنة أدت الى  
حصول تقرحات جراحية في هذا العضو ثم ان اغلب القروح الخجيرية  
التزلية يمكن مشاهدتها بالمنظار الخجيري لاسيما اذا كان مجلسه السان المزمار  
او الغضاريف الترجهانية او الثنيات الترجهالية السانية المزمارية  
او الاحيلة الصوتية الصادقة والكاذبة

### \*( المعالجة )\*

معالجة القروح الخجيرية التزلية هي عين معالجة التربة الخجيرية البسيطة  
كما ان العادة جرت بان المعالجة لا تغتفر اذا اصططبت الالتفات التزلية في  
اغشية مخاطية اخرى بالتقرحات التزلية وان كان لا ينكر ان شفاء القروح  
التزلية يحصل بسرعة اذا لم يعم تأثير الجوهر الدوائية المستعملة جميع سطح  
الغشاء المخاطي بل متى كان تأثير هذه الجوهر الدوائية في شكل مركز على سطح  
القروح نفسها بدون واسطة ولذا ينبغي لكل طبيب ماهر في استعمال المنظار  
الخجيري يسمل عليه من القروح الخجيرية بفتحات القضة او بمجاولها المركز  
اجراء هذه المعالجة بدلا من السابقة في مجت التربة الخجيرية وهي طريقة  
الرزق بمجاول الجرح الجهنى أو الثقب ومع ذلك فلا ينبغي اهمال الوسايط الصحية  
والدوائية التي أوصيناها في مجت التربة الخجيرية والاولى كان فقط الى  
المعالجة الموضعية بالكوايات والرزقان اهمال ذلك فيه ضرر عظيم  
للمريض ويحل بشرة نتاج تلك الطريقة العلاجية المستعملة فان شفاء بعض  
القروح الخجيرية باستعمال مياه أمس وصيانة الغشاء المخاطي الخجيري من  
المؤثرات المضرة واحده بامتناع التكلم جلة أسايخ بعد ان صارت  
معالجتها بدون فائدة من الاطباء المختصين بأمراض الخجيرة بواسطة المرأة  
الخجيرية انما هو ناشئ عن تفهم المريض أن الصباح في المعالجة الموضعية بكي  
الخجيرة لا في خلافتها

### \*( المبحث الرابع )\*

\*( في القرحة الخجيرية التيسوسية والجدرية )\*

\*( كبقية )\*

• كيفية الظهور والاسباب •

اما القرحة الخجيرية التي قوسية فكانت تعتبر عالما علم (روكنسي) انها تنشأ  
عن ارتشاح ابي في الاجربة المخاطية الخجيرية بعقبه تكون خشك ريشة وانها  
هي عين الاصابة التي قوسية المعوية التي تصيب الغدد المعوية المتفرقة والمجموعة  
لكن حصول هذه القروح بهذه المنة وان لم يسكن ليس هو الوحيد ولا  
الاكثر حصولا بل ان المؤلف نفسه نسب حصول القروح التي قوسية الخجيرية  
الى ارتشاح دفتري اي غشائي تقرحي يحصل في الغشاء المخاطي الخجيري  
وفي الحقيقة وجود هذه القروح في الاجزاء الاكثر كثرة المندار من  
الخجيرة يطابق التي بها يسهل حصول الاحتمالات الاخرى دارية كما يحصل  
ذلك في الاجزاء الاكثر كثرة المندار من الرتين والجسد عقب استئصال الوضع  
المستطيل على الظهر والقسمين الحرقين كان هذا الرأي يثبت من  
مشاهدة المعلم (ريل) الذي تحقق له وجود القروح الخجيرية في التيفوس  
الطفحي الذي هو مرض مخالف بالكلية للتيفوس البطاني فلا تفصل  
ارتشاحات الغدد المعوية وتقرحها وانفصالها بل لا توجد فيه الالتهابات  
نزلية والتهابات ذات أغشية كاذبة ودفترية وقروح خجيرية شبيهة  
بالكلية للقروح الخجيرية التي تحصل في هذا العضو في أثناء سير التيفوس  
البطاني

ثم ان التسمم بالسم الحشري ينتج عنه في الغالب التهاب نزلي في الخجيرة  
او التهاب ذو غشاء كاذب وهو نادرا ما التسمم بالسم القرمزي فانه ينتج عنه  
امتداد الالتهاب الدفتري من الغشاء المخاطي الخلق الى الخجيرة فتختلف  
التسمم بالسم الجسدي فانه ينتج عنه التهاب بقر في الغشاء المغشي لهذا  
العضو فالقرحة الجسدية تنتج عن امتداد الطفح الجسدي الكائن على الجلد  
والاغشية المخاطية من الفم والبلعوم الى الخجيرة فهي عبارة عن طفح  
جسدي في الخجيرة يتضاعف غالباً بالتهاب ذي غشاء كاذب مغشي في الغشاء  
المخاطي المغشي لهذا العضو بالزجاجة الغشائية التابعة

• المقاتل القشر يحمية •

القرحة الخجيرية السيفوسية تظهر في الخجيرة على شكل نقد جواهر محدود  
بحواف رخوة متغيرة اللون ومجلسها الجدار الخلفى من الخجيرة على  
العضلات الخجيرية المستعرضة وعلى الحواف الجانبية للسان المزمار وقطر  
هذه القرحة بعض خطوط وقد تتسع أحيانا وتأخذ في الغور أحيانا أخرى  
فيخرج منها في الحالة الأولى تقرح في الحواف السابقة للسان المزمار  
وتتكرر في الغضاريف الخجيرية عقب التهابها وتعرفها في الحالة الثانية  
وأما القروح الجدارية قائم ابتدئ بسكون بشور سطحية رخوة غير سرية  
تتغير بسرعة فيخلطها قروح سطحية مستديرة مملوءة الشفاء والنضج  
الغشاق الأبيض الذي يوجد بجوار البثور الجدارية وأحيانا بتقراده في  
الخجيرة تبعا لمشاهدات المعلم (ريل) يظهر على سطح الغشاء المخاطي الخجيري  
المنتفخ قليلا في الابتداء ويكون على هيئة غشاء كاذب رقيق وبعد انفصال  
هذا الغشاء الذي يتداحيا فتنحرف الشعب يظهر الغشاء المخاطي سليما  
معد بعض تقرحات أو تسلخات قليلة فيه

#### • (الأعراض والسير) •

أما القرحة السيفوسية الخجيرية فإنه إذا لم ينشأ عنها اتقاخ واسترخاف في  
الأوتار الصوتية يمكن أن لا تتغير نغمة الصوت منها وذلك بالنظر لمجلسها  
الاعتيادي ويكون الألم في الغالب قليلا أو معدوما بالكلي وعلى كل حال  
فالمرضى لا تشكوا به غالبا لأنهم يكونون ذوي هبوط وخدر عظيم ولذا يكثر  
أن لا تعرف القرحة السيفوسية الخجيرية مدة الحياة فلا نشاهد إلا في الخجيرة  
بالصدفة ( وإذا بقي الطيب عند وجود مرض سيفوسى ثقيل البعث عن  
الخجيرة ولو لم توجد أعراض مدة الحياة دالة على إصابة هذا العضو ) وأما إذا  
نشأ عنها اتقاخ واسترخاف في الأوتار الصوتية فإن نغمة الصوت تتغير وتوجد  
بجته واضعة وعندما تكون حالة الخدر قليلة توجد عند المرضى نوب سعال  
قوية ويكون السعال خشنا مع غير رنان ومع كون هذه الظواهر غير خاصة  
بالقرحة السيفوسية بل بالإصابة النزلية للغشاء المخاطي الخجيري للأوتار  
الصوتية الناتجة عن تلك القروح لا يعسر تشخيص القرحة المذكورة في  
هذه الأسوال خصوصا إذا كان حصول هذه الظواهر في الأسبوع الثاني

او الثالث من ابتداء ظهور المرض التيفوسى المسمى بالتيفوس الخجبرى والقرحة التيفوسية وان كانت قليلة الاهمية فى حد ذاتها قد تكون خطرة من حيثية التنفس سيما اذا نتج عنها أذيميا المزمارا والتهاب غضروفى خجبرى او شلل او تصاق جرقى فى الاحيلة الصوتية

\* (تنبيه) اعلم ان القروح التيفوسية للخجيرة سواء كانت ناشئة عن ارتشاح لى فى الاجربة المخاطية فى الخجيرة وليتها وتقرحها او عن التهاب وتفسرى فى الغشاء المخاطى الخجبرى وهو الغالب اكثر ما تشاهد فى احوال التيفوس البطيى المعروف عند اطباء القرن سابعة بالحمى التيفويدية خصوصا نحو الادوار الاخيرة من هذا المرض بحيث انها تكاد توجد فى خمس الاحوال بل ازيد كما انها تشاهد فى احوال التيفوس الطمحي سيما عند تسلطنة تسلطنا وباتيا كما شاهدت ذلك مرارا مدة تسلطن وباء هذا المرض فى مصر سنة ١٢٨٠ وأما فى احوال الحمى التيفوسية التى يكثر وجودها فى قطرنا وفى كثير من بلاد المشرق والمسيمة بالنوشة بما فيها الشكل الصغرى او الذى سماه المعلم جوى سنجر بالتيفويد الصغرى فان اصابة الخجيرة فيها قليلة بالنسبة للنوعين السابقين من التيفوس كما دلتنى على ذات المشاهدات العديدة فى هذا المرض ولوقال المعلم المذكور انه يوجد احيانا فى هذا المرض قروح خجيرية تشبه بالكليكة التى تحصل فى الخجيرة فى احوال التيفوس البطيى حتى انه ذكر انه شاهد فى ١٣ مرة فى مائة واحدة من الصفات التشريحية التى فعلها فى هذا المرض

واما القروح الجدرية فاعراضها كاعراض التهاب الخجبرى الترنى الاولى ولولا وجود الطفح الجدرى على الجلد وفى القمم والحلق لما أمكن تمييز هذين المرضين عن بعضهما

واما الذبجة الغشائية الجدرية الثانية فيحدث عنها كذبجة الغشائية الخجيرية الاولى بجمعة فى الصوت وانطفاؤه بالكليكة وفيه ما يكون السعال خفيفا ولا يكاد يوجد كما انه يشهد بمشاهدة ضيق التنفس وعسره الذى يصاحب الذبجة الغشائية الاولى الحقيقية اما لكون الاغشية الكاذبة هنا قليلة ونحن نبحث لا تضيق اتساع الخجيرة اولان اذ يمتد عضلات الخجيرة

وشللها المتعلق بهما في كثير من الاحوال ضيق التنفس في الذبحة الغشائية الحقيقية الاولى يفقدان في هذا المرض التابع للجذري  
 • (المعالجة) •

القروح الجذرية والبيغوسية تشفى عادة بشفاء المرض الاصلى الناتجة عنه فلا حاجة لذلك معاملة مخصوصة لها ما لم تصطب باوذيما لسان الزمار او بالتهاب في الغضاريف الخجيرية او بالتصاق او شلل في الاجهزة الموتية  
 • (المبحث الخامس في القروح الزهرية الخجيرية) •

محبت الاصابات الزهرية الخجيرة - صل فيه تقدم وتنوع عظيم بواسطة استكشافات المنظار الخجيري فقد اثبت كل من المعلم (جبرهرد) و (دوت) كثرة وجود الافات الافريقية بهذا العضو كثيرا كان يظن سابقا وذلك لانهما وجد عند البحث عن امراض عديدة مصابة بالداء الزهري ولم تشكل اظواهر مرضية في الخجيرة كثيرا من الاصابات الزهرية المعروفة بالاشكال الزهرية الثانوية كالالتهابات النزلة الزهرية والدرن العريض او اللطخ الخاطية والقروح البسيطة في الخجيرة زيادة عما يشاهد في هذا العضو من الاشكال المعروفة بالثلاثية لهذا المرض وهي عبارة عن تهتكات وقروح عميقة في هذا العضو وحيث ان كثيرا من المرضى ينسب ابتداء مرض الخجيرة الى تأثير البرد فقد جوز كل من الطبيعين السابقين ان اصابة هذا الداء للخجيرة اصابة موضعية انما يندئ احيانا باصابات نزلية في هذا العضو  
 • (الصفات التشريحية) •

التغيرات التشريحية التي تسترى الخجيرة من الداء الزهري تكون احيانا عبارة عن التهابات نزلية بسيطة تشابه بالكلية الذبحة البلعومية الزهرية البسيطة والنزلة الخجيرية الزهرية البسيطة وان لم يمكن تمييزها عن غيرها من الالتهابات النزلية للخجيرة بالنسبة للتغيرات التشريحية المدركة غير ان حصولها عقب فرحة افريقية اولية ومنتتها وزوالها بالمعالجة الزبكية يدل على طبيعتها الزهرية وارتباطها بالتسمم الزهري النبي واحيانا وهو الغالب يكون هذا التغير الزهري عبارة عن درن او لطخ عريضة تشاهد في الخجيرة وهي تنكور ارتفاعات مسطحة ويظهر على سطحها اظواهر

طبقة بشرية مبيضة نخبنة مسترخية كالتى تشاهد على سطح الدرن والطح  
العريضة التى تظهر فى القم والخلق والمجلس الغالب للدرن العريض هو  
الاحيلة الصوتية ومع ذلك فقد تشاهد فى بعض محال أخرى كالجدار الخلقى  
فى الخنجرة فوق الغضاريف الترجهالية والثنيات الترجهالية الاسانية  
المزمارية

واندر مشاهدة مما تقدم القروح الخنجرية الثانوية البسيطة بحيث لم تذكر فى  
المشاهدات العديدة للدهل (جيرهرد) و(روت) مع الطخ العريضة للخنجرة وقد  
ذكر هذان الملمان ان تشخيص هذا النوع من القروح غيرا كيد وغير  
واضح وما ذلك الا لان كلامنا من القاع الشحمى المصفر والتولدات التى توجد  
حول هذه القروح يشاهد ايضا فى غيرها من القروح الخنجرية ثم ان القروح  
الخنجرية البسيطة تشاهد فى محال مختلفة من الخنجرة كلسان المزمار  
والاحيلة الصوتية الصادقة والكاذبة وفى قاع الخنجرة ولا يلزم مصاحبتها  
لقروح زهرية على الدوام فى الخلق بل مضاعفتها الها ليست بكثرة

وبالجملة فلقد ذكر ايضا القروح الخنجرية الثلاثية المعروفة قديما وتعد عادة  
فى العمق امتدادا عظيما وينتج عنها تنسكات عظيمة فى هذا العضو كالتى تحصل  
فى الجلد عقب اللوبوس الزهرى أى القروح القراضة الزهرية ويظهر انهما  
مثلها تنسأ من تقرح الدرن الزهرى وهذه التقرحات تنسد على الدوام من  
لسان المزمار فتتلك منه جروا عظيم الامتداد أو قليلا وتتمد غالبا منه الى باقى  
أجزاء الخنجرة وشكلها يـكون فى الغالب مشرذما وقاعها أملس مغطى  
بطبقة مصفرة ولها ميل للاتحام فى الصفر المتقرح ابتداء مع امتداد التقرح  
الى أجزاء أخرى ومن أوصاف هذه القروح انها تحاط بتولدات جديدة حلبة  
نخبنة تحيط بها وبالندب الكثيرة الانكماش الناتجة عنها

• (الاعراض والسير) •

يعد كل من الانتهابات الثلاثية الخنجرية الزهرية والدرن العريض الخنجرة  
من الاشكال المرضية الأولية لداء الزهرى البنى ولذا متى نشكى مريض  
كان مصابا من منذ بعض اشهر بقرحه افرنجية اولية باحساس دغدغة فى  
الخلق وبحة فى الصوت وسعال خشن بدون سبب واضح واستمرت هذه



الطواهر زمناطويلا ولومع غابة الاحتراس والتوقى أو ارتقت بجهة الصوت  
 بالتدرج الى فقدته بالكلية جازا قلن بان هذه الاعراض ليست متعلقة بنزلة  
 خنجرية بسيطة بل بنزلة خنجرية زهرية او يتكون دون عريض في الخنجرة ويتضح  
 مما ذكرنا في البحث الاول في كيفية حصول بحة الصوت وقلة بالكافية  
 والسعال الابح والرنان أن النزلة الخنجرية الزهرية كالسبب وان الدرن  
 العريض الزهرى للخنجرة كاستفاح غشائها المخاطى الغزلى وكتر اكتم المواد  
 المخاطية على الاحبال الصوتية تنوع ونايسة الصوت والسعال او تنوع  
 التوجبات الرفافة بالكلية كما ان من الواضح ان التولدات الدرنية العريضة  
 للخنجرة متى وجدت في اصغار من الخنجرة لا تمنع الاحبال الصوتية من التوج  
 يفقد كل من بحة من الصوت وفقدته وحيث يكاد يوجد في جميع المشاهدات  
 التي ذكرها المعلم (جبرهد) و(دوت) ان الدرن العريض للخنجرة يصطب  
 دائما بدرن عريض مثله في محال أخرى سيما القم والخلق فحي وجدت هذه  
 الاعراض السابقة قوى الظن بوجود الطخ العريضة في الخنجرة متى وجدت  
 هذه الطخ العريضة في محال أخرى وبوجود التهاب نزلى زهرى في الخنجرة  
 اذا لم يوجد الدرن العريض المذكور في اجزاء أخرى من الجسم ويتأكد  
 التشخيص بالبحث بواسطة المتظار الخنجري

والقروح الخنجرية الثانوية البسيطة تحصل في ادوار متأخرة من الداء  
 الزهرى فانها لا تظهر في آن واحد مع القروح الا فرنجية للخلق بل بعدها  
 بزمن ويظن بوجود القروح الخنجرية الثانوية متى ظهرت عند مريض  
 اعراض مرضية منمنة في الخنجرة لا ينتج عنها تضيق في متسع هذا العضو  
 وذلك عقب ظهور اشكال أخرى من الداء الزهرى البني بسنة او بجملة سنين  
 مع امكان نقي غير هذا المرض من الامراض الزهرية الخنجرية

ويتأكد التشخيص من البحث بواسطة المتظار الخنجري وأما القروح  
 الخنجرية الزهرية الثلاثية المتسعة العميقة فانها تسهل المعرفة وهي شكل من  
 الاشكال المتأخرة حصولا لداء الزهرى البني وتصيب عادة المرضى الذين  
 اصابوا من منذ سنين بافات زهرية منعاقبة واستعمالوا في معالجتها  
 معالجات مختلفة لاسيما المعالجة الزئبقية والمرضى المصابون بهذا الشكل من

الدا الزهري الخجري لا يوجد عندهم فقط بحقة في الصوت او فقد بالكلية  
وسعال اجم معصوب بنقت غزير لا يندوان يكون مدمم بل يوجد عندهم  
عسر كذلك عظيم في التنفس ولذا تشاهد فيهم الاعراض المخصوصة بتضايق  
الخجيرة وهي التنفس العسر المستطيل المعصوب بصغير يسمع من بعد واحدانا  
يزداد عسر التنفس بسبب ازدياد تضايق الخجيرة الناتج عن انكماش لآثر  
العيامة وعن ازدياد وغوات التورقات القطرية المحيطة بهذه التدب والقروح  
ازدياد اعظم اجد ان في عسر التنفس غير تام وتحصل اعراض الاختناق من  
التسمم بجمض الكرون وفي احوال أخرى قد يكون ازدياد عسر التنفس  
نجائيا بسبب حصول أوذيم المزمار حصولا نجائيا فيصير المريض من ذلك في  
حالة خطر عظيم ويسمى الحلال لاجراء عملية القطع الخجري وحيث دلت  
التجارب على ان التقرح يتسدى عادة من الحلق وقاعدة اللسان ويمتد منها  
الى الخجيرة فيحدث تهتكات ممتدة في لسان المزمار في الواضح وجوب البحث  
ابتداء عن حلق كل مريض معه اعراض تضايق في الخجيرة بان يدخل الاصبع  
في الحلق حتى يصل الى لسان المزمار لاجل معرفة تا كل هذا الجزء وعنده وفي  
الحقيقة وان دل ذلك على حقيقة التشخيص ووجود القروح الخجيرية الزهرية  
أو عدم وجودها لا يعرف امتداد التقرح الا بالنظار الخجري

ثم ان الدرر العريض والتزلات الخجيرية الزهرية انذارا جديدا واول منها  
التقرحات البسيطة التي ينتج عنها القروح الممتدة المذكورة اخيرا فان انداد  
الاخيرة تقبل للغاية فان اغلب المرضى يموت ولو بقي التنفس كافيا أو صدر  
كذلك عقب عملية القطع الخجري بسبب ازدياد اعراض التهوكة شيئا فشيئا  
ومع ذلك فقد يطرأ في بعض الاحوال نوع شفاء نسبي للمريض فان قد  
شاهدت في حالة ممتدة جدا فيها كان ينتظر هلاك المريض بسرعة شفاء  
ناتما تقريرا ولم يكن في هذه المريضة المتعفة الا نعمة جيدة ما يلي كرنا بها  
الاولية التي كانت معصوبة بنعافة عظيمة وفقد في الصوت وسعال متعب  
ونقت غزير مدمم وضيق في التنفس الا فتد اللهاء وحصول انعطاف يري عند  
التنفس الشاق السريع

• (المعالجة) •

معالجة الآفات الزهرية بالخجيرة تطبق على القواعد المذكورة في شرح الداء  
الزهرى كما سيذكر في المجلد الثاني غير أنه في أحوال تضايق الخجيرة العظيم جدا  
ينبغي فعل عملية القطع الخجيري

• (المبحث السادس) •

• (في الدرن الخجيري ويعرف بالسل الخجيري) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

قد أنكر كثير من المؤثرين وجود السل الخجيري الدرنى ونسب تكون القروح  
التي كثيرا ما تشاهد في الخجيرة عند المصابين بالسل الرئوي لتأكل الغشاء  
المخاطي الخجيري بواسطة النفث الحريف المار من هذا العضو وللشهير  
ورجوف رأى مخالف لذلك حيث نبه على أن الخجيرة هي العضو الذي يسهل  
دراسة الدرن ومعرفة سيره فيه والسبب في عدم معرفة المنشأ الدرنى للقروح  
التي نحن بصددناها هو كون درن النشاء المخاطي الخجيري ذا مجلس سطحي  
وانفصاله يتم بسرعة من سطح هذا الغشاء بسبب المؤثرات البادية المعرض  
لها وأنه يخلف انفصاله قروح صغيرة سطحية بدون أن تعتبره الاستحالة  
الجينية أو ينشأ عنه تقرحات عميقة كما قاله الشهير المذكور

والسل الخجيري الدرنى يندرج حوله حصولا أولا كمرض قائم بنفسه بل هو  
من المضاعفات الكثيرة للسسل الرئوي ولا يضاعف شكل السل الرئوي  
الدرنى فقط بل كثيرا ما يضاعف شكله الذي اعتبرناه انتهاء لتغيرات الهامة  
في الرئة أعنى الشكل الجيني وهو الغالب راجع ذلك في مبحث السل الرئوي  
وحيث ثبت من التجارب العديدة أنه يمكن إحداث الدرن بالصناعة بتلقيح مواد  
جينية (أي نضع الهمابي متجين) عند الحيوانات فلا يستغرب حينئذ كثرة  
طروا الدرن الخجيري على السسل الرئوي غير الدرنى ومضاعفته فإن سبب  
حصول التلقيح في الخجيرة عند الأشخاص المصابين بالسل الرئوي سهل للغاية  
وذلك لأن الغشاء المخاطي الخجيري كثيرا ما تعتبره تقرقات اتصال متعددة  
صغيرة في أثناء حركات السعال القوية ويكون إذا ذلك عرضة للاصابة  
بالمحصلات المرضية الجينية المتكررة وورعها من الخجيرة

• (الصفات التشريحية) •

مجلس الدرن الخنجري في الغالب الغشاء المخاطي المغشي العضلات المستعرضة ولا يندران ~~يكون~~ بكون مجلده اصفارا أخرى كالسطح السفلي للسان المزمار وغشاء الغضاريف الترجها لينة فيشاهد في هذه الحال الحجرة المنتفخة او الباهتة احيانا درنات كحب الدخن سحبا يمتد تدريجيا تصير مصفرة فيما بعد ثم تلين وتفسق فتخلقه اقروح مستديرة صغيرة وبتر كم مواد درنية جديدة وبانضمام هذه القروح مع بعضها يتكون فقد جوهر عظيم ذي شكل غير منتظم وحواف متقلبة متباعدة والقروح الاولى تسمى بالقروح الدرنية الاولى والثانية بالقروح الدرنية الثانوية تعال رأى (وروكنتسكي) والغالب ان يشاهد في الحال التي ذكرت من الغشاء المخاطي تلون يضر ب الى الصفرة ناشئ عن ارتشاح درني في جوهره به يلين شيئا فشيئا ويتكون فيه ابتدا اقروح سطحية تأخذ فيما بعد في القروح والاتساع وليس من النادر ان تمتد الافة الى الاوتار الصوتية فينتك انضمامها الخلق وينتفج فساد جزء عظيم منها ثم في الدور الاخير لهذا المرض يصاب سمحاق الغضاريف بل والغضاريف نفسها

والقروح الدرنية التي تحصل في السطح الخلق من لسان المزمار يندران تنقبه في جميع سمكه وان حصل ذلك لم تزل دائرته باقية خضلا فاما ما يحصل من التقرحات الزهرية

وكثيرا ما يهبط السيل الدرني في عظام في الغضاريف واذا امتد التقرح الى الغضاريف انقسمت فيها انسوس وتتكثروا حينئذ لا يندران فتذاف بعض قطع غضروفية متعظمة وكذا لا يندروا حصول تنقب في جدار الخنجرة بامتداد التقرح اليها فيؤدي ذلك لانقراضها جلدية ونواصير خنجرية

### • (الاعراض والسير) •

متى انضم الى اعراض السيل الرئوي الموجود من مدة طويلة ميل الى بحة الصوت امكن أن يقن بانته تكون الدرن الخنجري غالبا وبحة الصوت ليست في معظم الاحوال نتيجة لاسطية للقروح الخنجرية الدرنية التي يجلسها غالبا في الجدار الخلق لهذا العضو ولسان المزمار بل متسببة عن ارتشاح واتفاخ الاوتار الصوتية وعن وجود الانفراز المرضي الذي يترآكم

على هذه الاوتار ولذا يكثر زوال بحة الصوت وعودها لما يسمع استقرار وجود  
القروح واتساعها والقضاء المخاطي الخنجري المريض يصبر أكثر تأثيرا من  
القضاء المخاطي الخنجري السليم ولذا كان اقل المؤثرات المرضية يكفي  
لحدوث تغيرات تولد فيه ويكثر ان الاجزاء المحيطة بآى قرحة جلدية مزمنة  
تتحقق في آى زمنة وتنفخ وتصير مؤلمة بدون سبب معروف يظهر لنا ان القضاء  
المخاطي الخنجري يحصل فيه احيانا انتفاخ واحيانا استرخاء متى وجد في  
الخنجرة قرحة مزمنة وكلما امتد الفساد والتقرح الى الاوتار الصوتية تصير  
بحة الصوت مستمرة مستعصية ومتى حصل تأكل في الاندام انطلق لهذه  
الاوتار بامتداد التقرح اليها حصل انقطاع كلي في الصوت وصار التكم فاقده  
الرنانة بالكلية وذلك لان الاحيلة الصوتية لا يمكن توترها ولا احداث موجات  
رنانة فيها وهذا الداء في الاحوال ذات السير السريع الحاد يكون مصحوبا  
بأعراض التهيج الشديد للقضاء المخاطي الخنجري فيوجد تنبه شديد في الخنجرة  
وظواهر انعكاسية شديدة واصفة ونوب سعال مؤلمة تحصل من ادنى سبب  
وهكذا يوجد نوب اختناق مصاحبة للسعال تنتهي عادة بحركة التقيؤ  
او تطلب هذه النوب بحة الصوت وفقد رنانيته وقد تكون الاعراض  
المذكورة واضحة جدا بحيث تحقق بها اعراض السل الرئوي سيما اذا لم يكن  
متقدما تقديما عظيما ولذا ان المرضى في مثل هذه الاحوال تظن بأن صدرها  
سليم وتأتي البصت عنه بالسمع والقرع مع عدم الاعتناء مشوومة ان داءها  
الوحيد هو السل الخنجري ويخشون تقدمه ويندرون تشكى المرضى بالآلام  
محركة وناخسة في الخنجرة كما يندرون هذا العضو بواسطة الضغط ولو كان  
قويا والاحساس بالخششة عند الضغط على هذا العضو ليس من العلامات  
الخاصة بهذا المرض كما قيل اذ قد يحس به عند انقباض سلعين والنقب الذي  
يشاهد في هذا المرض ان لم يكن محتلا بقطع غضروفية متشككة لا يكون من  
العلامات المهمة في تشخيصه فانه لا يكون آتيا من الخنجرة الا بجر قليل منه  
واما ضيق النفس وسجي الدق والعرق الليلي وشدة الخباقة فلا تكثر ان تكون  
متعلقة بالسل الرئوي المصاحب لهذا المرض ولم أشاهد ظواهر تضايق الخنجرة  
التدريجى الشديد الا في حالة واحدة من السل الخنجري وقد هلك المريض فيها

بعد بعض أساييح وكان قد تحسنت حالته بالقطع الخجري وعند فعل الصفات  
التشريحية وجدت زيادة عن القروح الخجيرية المستمدة كالأمن تخشن  
المسوح المسحوق تحت الغشاء المخاطي وتيسر السابق ذكره مما فكنا سببا  
للتضايق الخجري المزمن

وبالبحث عن البلعوم يشاهد فيه غالبا اعراض الاتهاب الترنج المزمن فتشاهد  
الأوعية محتقنة دواليه ويشاهد فيه أيضا بثرات مصفرة أو قروح صغيرة  
مستديرة سطحية والتخيم يكون في هؤلاء المرضى متواترا والأزرداد عسرا  
وكثيرا ما يتعسر عليهم ازرداد السوائل دون الجوامد فيكون ازردادها سهلا  
وذلك ناتج عن عدم تسلل السائل المزماري قهوة الخجيرة سيما إذا ما أتت به  
أولًا كل جزء منه ويندر أن يكون سبب ذلك العارض وجود نواصير بين  
الخجيرة والبلعوم

وبجميع هذه الظواهر لا تثبت وجود السل الخجري بثباتا ما إذا كانت  
معصوبة بأعراض السل الرئوي لأنها جميعها قد تلجج عن استحقاقات مرضية  
أخرى في الخجيرة ولذا يجب على الطبيب البحث الجيد عن الصدر عند وجود  
العلامات المذكورة الدالة على مرض مزمن في الخجيرة ولا يحكم بحكم قطعي  
على التضييق الأمن بعد البحث الجيد والحكم بالعلامات الطبيعية أي  
بواسطة القرع والتسمع فإن الظواهر الخمسة للمريض من جهة الصدر يكاد  
لا يرتكن اليها غالبا لأنها تتحقق بأعراض آفة الخجيرة كما ذكرنا وانما حجي الدق  
والخفاقة السريعة يمكن بهما فقط تضييق السل الرئوي بدون العلامات  
الطبيعية لهذا المرض ويمكن بواسطة المرأة الخجيرية مشاهدة القروح  
الخجيرية الدرية الكائنة على أسان المزمار والغضاريف الترجهالية وأما  
القروح الدرية الكائنة على الجدار الخلفي من الخجيرة أعلى العضلات  
المستعرضة فأقل يمكن مشاهدتها لأنها العليا التي تكون على هيئة خفاقة ذات  
شرايين مدية ولون مبيض ومنع ذلك فالقروح الدرية الخجيرية لا يظهر  
إها عند البحث بالمرآة المذكورة أو صاف خاصة تميزها عن غيرها من أشكال  
القروح الخجيرية

وأما ما ذكره بعض الأطباء من أحوال شفاء السل الخجري بواسطة أدوية

وعامة من المحقق انه مؤسس على خطا في التشخيص غالبا انما يوجد جسد بعض  
مشاهدات نادرة بما يشبه شفا بعض القروح الخجيرية الدرية والموت يحصل  
في هذه الاحوال عقب التئمة وظواهر السل وسرورها مفصلة عند الكلام  
على السل الرئوي ويندر أن يكون حصوله فجائيا عقب ظهور او ذمما الزمار

### • (المعالجة) •

كل من المعالجة السببية ومعالجة المرض نفسه لا يمكن الحصول على تمامها  
بالصناعة والذي يمكن اجراؤه هو المعالجة العرضية التي تفعل لاجل مقاومة  
نوب السعال والاختناق التي تحصل للمريض وتصور في قلق عظيم ليلا  
وبالجملة فالمعالجة هنا كمعالجة القزلات الخجيرية المزمنة ولو كان الغشم هشاق  
التيحاح قليلا فتستعمل المياه المعدنية القلوية كماء سلتس برون وماء لاس  
مزدوجة بالبن الفاتر اجزاء متساوية وتشرب صباحا على الريق أو بجملة  
مرات في اثناء التئمة ارفقد يحصل منها التلطيف في نوب السعال ولا يبغي رفض  
ما تشتم عليه المرضى من أن تعاطى البطارخ على الريق يحصل منه راحة في  
نلك النوب واذا وجد البلعوم مجعرا أو ذا او بة دوائية أو وجد فيه بعض  
بثرات أو قروح وجب مسحه بفرشة مغموسة في محلول مركز من التنين أو قترات  
القضة واستعمال الغرغر القابضة الشبيهة بذلك بتلطيف بالكلية التخم  
المسكر الذي هو احد اسباب نوب السعال المؤلمة وأما فتح مسهوق نترات  
القضة في الخجيرة أو عصر اسفنجية على فوهة مغموسة في محلول هذا الملح  
فلهما تأثير ملطف أحيا ما اذبتكرار استعمالهما يتلطف السعال بل وفي  
الاحوال النادرة التي فيها يتيسر إيقاف السل الخجيري قد تحصل من هذه  
المعالجة نتيجة تامة وهنا يفضل الاستعمال اللا واسطى بمحلول الجرجر الجهنمي  
أو به نفسه على القروح مباشرة بيد مغموسة على ذلك  
وكثيرا ما تستعمل مقاومة نوب السعال القوية في هذا المرض المسكات التي لم  
يقصد من استعمالها الا التمكن الوقتي والعادة في ذلك استعمال المركبات  
السوكرانية والبيسلادونية وتفضيها على المركبات الأفيونية ومع ذلك  
فلا استحضارات المتخذة من هذه الجواهر ليست ذاتا على حد سواء ولذا  
كان تأثيرها ليس أكيدا مثل الاستحضارات الأفيونية

والمرضى المصابون بقروح خنجرية قد رتبة تجب عليهم ملاحظة الراحة وعدم كثرة التكلم والمكث في محل ذي هواء معتدل دفي ورطب لاجل تجنب تنبه الغشاء المخاطي الخنجرى الذى هو شديد في هذا المرض بل وفي الاحوال الخبيثة يجب منع المريض عن الكلام بجملة أسابيع فانه لو تومل وقت الكلام ان الهواء الخارج من الخنجرية يحدث احتكاكا كافي الاحيلة الصوتية اسلم ذلك العقل زيادة عن تأييده بالتجارب

• (المبحث السابع في التولدات المرضية للخنجرية) •

كثير ما يوجد في الخنجرية من التولدات المرضية الجديدة هي الاورام الليفيية وهي عبارة عن أورام في حجم حب الشهد ابيض الى حجم الفولة وتكون عادة غشائية وتسمى بالبوليبوس البني وتكون من منسوج خلوي كثير الاوعية يكون نارة منسجة مجاجا فائرة متخللا رخا ومغطاة بصفاق بشري متراكمة على بعضها وكذا يكثر في هذا العضو مشاهدة الاورام الحليمية وهي كثيرة العدد وتكون عبارة عن تكتلات حليمية في الطبقة السطحية من الغشاء المخاطي مبيضة شفافة ونارة تكون مسطحة ذات محدبات أو شبيهة بالنوت أو زغبية واما التولدات السرطانية فاكثرها حمولا السرطان البشرى وهو اكثر مشاهدة عن النخاعى الذى يظهر على هيئة تولدات كالقنبيط والهامبل عظيم للاذنفة والتقرح ويندوم مشاهدة الاورام الحويصلية في هذا العضو وهي عبارة عن حويصلات في حجم رأس الدبوس أو العدسة غير غشائية وهي تنشأ عن الاجربة المخاطية التى انسدت فوهاتها واستحال فيحصلها الى سائل هلامي مصلى وأما الاورام الشحمية المعروفة بالبوليبوس المخاطي فهي والحمية الرخوة نادرة جدا وهي عبارة عن تولدات مستديرة أو غشائية وكل من الاورام الليفية والسرطانية والشحمية يكون منشؤها في معظم الاحوال من المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي لا الغشاء المخاطي نفسه

وبالنسبة لجلس هذه الاورام قد اتضح بمشاهدات المعلم (لوبين) وغيره العديدة من سنة ١٨٥٤ الى سنة ١٨٦٢ ان ثلاثة وعشرين منها ووجد مجملها



لسان المزمار وتسعة منها وجد مجلسها الا ربطة الترجه اليه اللسانية المزمارية  
واحدى وعشرين مجلسها جيب مرجاني واثنين وثلاثين مجلسها الاحيلة  
الصوتية الحقيقية وخمسة مجلسها الاحيلة الصوتية الكاذبة وثلاثة منها  
الغضاريف الترجه اليه وعمانية الجدار المقدم من الخنجرة وأما جدار الخنجرة  
الخلقى الذى هو المجلس الاعتيادى للقروح الخنجرية فلم يشاهد فيه التولدات  
المرضية الجديدة للخنجرة الا مرتين وقد وجه العلم المدكور هذه الظاهرة  
الغريبة بالكيفية الآتية وهى ان هذا الجزء من الخنجرة يكاد وقت حركات  
لسان المزمار تنقبض وتتقيد امتعاقيين ودلائل مما يعين على حصول التسقرح فيه  
ويجمع من تكون التولدات الجديدة المرضية التى تقلب بسرعة بواسطة  
هذه الحركات بحيث يحصل بدل الاورام تقرحات فيه

ومن الغريب كثرة مشاهدة التولدات المرضية الجديدة خصوصا بوليسوس  
الخنجرة فى هذا العصر مع أنه من مند بعض سنين كانت مشاهدتها نادرة  
جدا وقد شوهد فى الزمن الاخير عدد عظيم منها وصار شرحه مع غاية الدقة  
ولا يحسن التسلق مع الدقة الواقعة سابقا من المشرحين والاطباء فى اجراء  
الصفات التشريحية اربعة التولدات خفيت عليهم فى الجثة كما أنه من جهة  
أخرى لا يظن مع وجود الدقة الآن فى المشاهدات الاكلينيكية من عظماء  
الاطباء ان هذه التولدات البوليسوسية تعينت عليهم وكانت عبارة عن  
ضخامة ونمو وتغيرات فى الغشاء المخاطى الخنجري

ثم ان تشخيص التولدات المرضية للخنجرة قبل اختراع المرأة الخنجرية لم يكن  
ممكنا الا فى بعض احوال نادرة انما كان يظن بوجود هذه التولدات احبانا  
مضى انضم لاعراض التورلة الخنجرية المزمنة اعراض التضايق الخنجري  
وحصل فى تضايق النقص الخطاط نارة وتارة تورانات بحسب احتواء هذه  
التولدات المرضية الجديدة على كثير من الدم تارة اقليل منه تارة أخرى  
ويقوى الظن متى حصل فى اثناء سير هذه التولدات نوع اختناق متكررة  
خطرة تنسب الى تغير فى أوضاع هذه الاورام وضيقها أو سدها والقوه المزمار  
ومع ذلك فالرجوع الدورى لهذه الاعراض الذى كان يعتبر مشخصا لهذه  
الاورام لم يحكم به حكما قطعيا فى تشخيصها بل لم يكن تشخيصها أكيدا

الا عند بروز هذه الاورام من فوهة الخنجر بحيث يمكن الوصول اليها بالنظر  
 والجس أو انقذف بعض اجزائها الى الخارج بواسطة السعال  
 وأما في عصرنا هذا فنشخص التولدات المرضية الجديدة للخنجرة ليس فيه  
 أدنى صعوبة غير أن معظم أنواع الوبليوس وغيره من الاورام داخل الخنجرة  
 التي يمكن معرفتها بسهولة بواسطة البحث بالمرآة الخنجرية لم تحدث عنها  
 الاعراض السابق ذكرها بل كان معظم المرضى لا يشكون الا بجمعة الصوت  
 أو فقدته بالكلية مع سعال عفيف جدا وكثيرا ما كان يرسل منهم عدد عظيم  
 بدون فائدة الى الحمامات المعدنية لحمام إمس أو خلافه أو الى بعض البلاد  
 كالجزائر ومصر لاجل شفايتهم من الالتهابات الخنجرية المزمنة أو السيل  
 الخنجري المظنون بأنهم مصابون به ومثل هذه الاحوال المتعددة في الطب  
 العملي تثبت مع التأكيد شدة لزوم استعمال الاطباء بمعرفة استعمال المنظار  
 الخنجري وعدم ترك هذه الوسيلة القوية في تشخيص الامراض الخنجرية  
 لبعض الاطباء المشهورين بهذه التخصصية فانه مع مساعدة بعض المؤلفات  
 القليلة على هذا الفرع يمكن القرن على استعماله بحيث ينتفع به في تشخيص  
 بعض الامراض الخنجرية المتعلقة ولا ينبغي البحث بالمنظار عن كل مريض  
 مصاب باعراض التزلة الخنجرية الحادة فان هذا غير ضروري كما انه من الخطا  
 العظيم تكرار البحث عن الأشخاص الذين اعتبرناهم تقرر حدوثه في الخنجرة  
 متقدمة في السير فان مثل هؤلاء الأشخاص بسبب جمعة الصوت أو فقدته  
 يلجئون دائما الى الاطباء المشتغلين بالمرآة الخنجرية كثيرا بخلاف ما اذا طالت  
 مدة الجمعة وخسوة السعال وغيرهما مما ينسب للتزلة الخنجرية البسيطة ولو مع  
 المعالجة اللائقة فلا بد من البحث بالمنظار الخنجري لاجل التأكد من كون  
 مجموع هذه الاعراض هل هو ناتج عن تولدات مرضية جديدة أم لا ولما فصل  
 اعراض تضانيق الخنجرة وقد وجد في غير ذلك من الاحوال المستجدة المشاهدة  
 مع اعراض التولات الخنجرية المزمنة الاعراض السابق ذكرها التي كان  
 يستدل منها قبل البحث بالمرآة الخنجرية استدلالا تقريبا على وجود وورم في  
 الخنجرة وذلك لما شوهد في المرضى خصوصا عند فعل بعض مجهودات  
 جسمية شاقة كصعود السلالم وحركة الجري ارتفاعا عظيما في تضانيق التنفس

وعسر وسرعة عظيمان فيه مع الاعراض الدالة على تضايق الخجيرة وهو التنفس المستطيل الشاق المصوب بصغير واضح وقد نبه كل من المالم (زيرمالك ولوين) على ان الاورام الخجيرية باعلى لسان المزمار كانت تحدث غالباً عسرا فقط في الزفير

وبالجملة فتدشودت بعض أحوال ايضا مخالفة لما سبق بالكلية فانه قد قد فيها كل من اعراض تضايق الخجيرة بل واعراض التزلة الخجيرية أعنى بحة الصوت والسعال الخشن ونحو ذلك وكان التشكي الوحيد فيها للمريض هو الاحساس المتعب الغير المحدود في العنق والاحساس بتجمع مادة مخاطية ملتصقة بالخجيرة

ثم ان اختلاف اعراض الاورام الخجيرية يتضح لنا مما ذكرناه في البحث الاول عند التكلم على كيفية تكوين الصوت فعلى ذلك لا يفتح عن ورم الخجيرة بحة الصوت أو انطقاؤه الا في الاحوال التي فيها يتجمع اقارب الاحيلة الصوتية من بعضها أو تنسج عوجاها أو اما الاورام التي لا تعوق وظائف الاحيلة الصوتية فلا تنتج عنها الاعراض المذكورة كما ان حصول اعراض التضايق الخجيرية يتعلق بمجلس هذه الاورام وعظم حجمها أو صغر

ثم ان معالجة أورام الخجيرة من خصائص الجراحة ومن منذ استئصال بوليبوس الخجيرة بمساعدة المنظار الخجيري بدون فتح المسالك الهوائية بالسلاح الذي أجراه اول مرة سنة ١٨٦١ ميلادية المعلم (برونس) لاختيه صارت تكرار اجراء هذه العملية عدة مرات من أيدي الجراحين المقرنين على استعمال المنظار الخجيري

\*(البحث الثامن في اوديميا المزمار)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

كثيرا ما يرى في المحال التي فيها يكون الجلد ملتصقا بالعميقة من الانسجة بنسوج خلوي هن ظهورا ارتشاح مصلى سريع الحصول في المنسوج الخلوي تحت الجلد عند وجود التباين في الاجراء الجائرة لهذه المحال مثال ذلك الاوديميا التي تحصل في محيط القلعة عند وجود جروح التهابية في هذا القسم وأوديميا القلعة عند وجود قرحة افريقية في قيد القضيبي وهذه

الاوذيميا التي معها المصلم (ووجوف) بالاوذيميا التغممية الجانبية تنج  
عن ازدياد الضغط الباطني الواقع على جدار الاوعية الشعرية الذي يحصل  
بجوار الالتهابات بواسطة وقوف الدم في الاوعية الشعرية في الاجزاء الملتبسة  
وركوده فيها وكلما كان المنسوج الخلوي اكثر هشاشة كان ارتشاحه  
اسهل

ومن المعلوم ان الغشاء المخاطي المغشي للخبرة يكون مثبتا بواسطة منسوج  
خلوي قصير الالياف متين تثليثا قويابا تحت من غضاريف الخبرة وعضلاتها  
في اغلب المحال الا في لسان المزمار سيما نحو قاعدة وعلى الخصوص اعلى  
الاربطة التي تمتد من لسان المزمار الى الغضاريف الترجهالية اعنى اعلى  
الاربطة الترجهالية الاسانية المزمارية ومنها الى الاحبال الصوتية العليا  
فانه في هذه الاصقار يكون مثبتا بواسطة منسوج خلوي هس جدا ذي  
استعداد عظيم للارتشاحات المصلية

ثم ان الاسباب المتممة التي تحدث فجأة ارتشاحا مصليا في المنسوج الخلوي  
تحت الغشاء المخاطي اى اوذيميا المزمار تكون نارة امرضا حادة في الخبرة  
وذلك كالنزلة الحادة وهذا ناد جدا واسكن من ذلك استاجال هذا المرض  
الالتهاب الخجري البثري الذي يصيب الجدرى والقروح التبقعية والخبرة  
ونارة ينتج هذا المرض عن امراض مزمنة في الخبرة كالقروح الافرنجية  
والدرنية وعلى الخصوص الالتهاب الغضروفي الخجري وحصول الاوذيميا  
في مثل هذه الاحوال الاخيرة يكون بسرعة كما يحصل اوذيميا القلقة فجأة  
من وجود قرحة افرنجية مزمنة في قيد القضيبي

وبالجمل قد يحدث كل من النضمة الخجيرية الشديدة والحجرة الوجهية والتهاب  
المنسوج الخلوي المنتشر في العنق اعراضا خطيرة تهدد حياة المريض وتكون  
ناجمة عن طر و اوذيميا المزمار وفي جميع هذه الاحوال يكون نوع هذه الاوذيميا  
من الاوذيميا الجانبية التغممية ويتدرأ أن تكون اوذيميا المزمار ظاهرة من  
ظواهر الاستسقاء الدمى كما يشاهد ذلك في داء (رايت) وجميع هذه  
الامراض ماعدا الجدرى تصيب الشيوخ اكثر من الاطفال ولذا اتسكاد  
اوذيميا المزمار لا تشاهد الا في البالغين

\*(الصفات التشريحية)\*

الارتشاح المصلي الذي يحصل في الأجزاء السابقة ذكرها يكون في الغالب عظيما جدا بحيث أن أسنان المزمار يرتفع عن قاعدة اللسان ويتمد منها حويتان مقويتان من جهة الخلف نحو الغضاريف التردجالية والبلعوم وهاتان الحويتان قد يبلغ حجمهما حجم بيضة الحمامة فيتهقاران من بعضهما تقاربا عظيما جدا بحيث يتعسر مرور الهواء من المزمار أو يتعذر بالكلية وينذر أن تكون الإصابة في إحدى جهتي الخنجرة وحينئذ لا يوجد رزم بارز واحد مضيق لقوطة المزمار كثيرا أو قليلا فالحويتان المذكورتان يكون لونهما باهتا تارة أو محمرا قليلا وكثيرا وعندئذ هما يخرج منهما سائل مصلي تارة يكون صافيا وتارة متعكرا مصفرا من هالات المنسوج الخلوي المتأثرة المتوترة فتعبط الأورام المذكورة وحينئذ يظهر الغشاء المخاطي متكرشا متشبا وهذا الهبوط والتثني للغشاء المخاطي قد يحصل أحيانا عقب الموت بدون تشريطه وحينئذ لا تكون الصفات التشريحية في الجثة مطابقة للتغيرات التشريحية التي كان يحس بها قبل الموت بساعات قليلة وفي الجزء العلوي من الخنجرة الذي فيه يكون المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي كما ذكرنا متوترا إذا الياف قصيرة وأخلية ضيقة ويكون الاستفاخ قابلا وأما الغشاء المخاطي نفسه فيكون مبطنًا بكت من مواد عضوية وعضلات الخنجرة تفقد لونها فتكون باهتة مصفرة

\*(الأعراض والسير)\*

مقى تكونت أودعيا المزمار انضم لأعراض قروح الخنجرة الحادة أو المزمنة بسرعة في الصوت تأخذ في الازدياد بسرعة بحيث تنتهي بإلفاء الصوت بالكلية ويحصل سعال خشن زفان (وهذه الأعراض تدل على أن الاحيلة الصوتية انتفخت استفاخا أو ذيماويا وأن عضلات الخنجرة المرتشحة صارت لا تتحرك في توتر تلك الاحيلة) وينضم لهذين العرضين عرض عظيم جدا في التنفس فانه متى حصل تخلخل في الهواء الموجود في القصبة الهوائية زاحمت الحويتان السابقتي ذكرهما الفتحة العليا من المزمار بحيث أن الشهيقي المتعب المستطيل الصغير لا يجذب للزفة الهواء قليلا وهذا الشهيقي

العسر الذي يسمع من بعدد ويجبر المريض وقت اجرائه على ميل الجذع الى  
الامام والارتكان على الذراعين وفعل مجهودات شاقة لجميع عضلات  
التهيق يعقبه زفير مهمل للغاية يكون احيانا خروجا فان الهواء المتدفع  
بالزفير كما انه يطرد الحويصتين الضيقتين للمزمار ويعد ههما عن بعضهما يقربهما  
لبعضهما هو الهواء الشهيق فيضيق المزمار او يفسد بالكلية ولذا وصف العلم (ينا)  
الشهيق في هذا المرض بأنه يكون عمدا اعتيافا حادا وناثا او صغيرا او الزفير بأنه  
قصير خفي اى غير محبوب باللفظ بحيث لا يكاد يسمع

وعلى حسب ذلك تكون اعراض او ذميا المزماره شابهة بالكلية لاعراض  
الذئبة الخجيرية الغشائية ويعتضى التوجيه القسوي ولو خفي لكل من هذين  
المريضين ينضج ضرورة هذا التشابه ومع ذلك يندواختلاطهما ببعضهما في  
الطب العملي فان السعال الديكي مرض يكاد يختص على الدوام بالاطفال  
بخلاف او ذميا المزمار فانه يكاد يختص بالبالغين وان السعال الديكي يصيب على  
الدوام اشخاصا كانت سليمة من قبل واما او ذميا المزمار فيكاد لا يصيب  
الاشخاصا كان معتريهم من قبل امراض حادة او مرض متعة في الخجيرة كما انه  
يمكن تمييز هذين المرضين عن بعضهما زيادة عما ذكر بواسطة عدم التسايب  
الكاشف بين حركة الشهيق والزفير في الاحوال او ذميا المزمار فان عدم  
التسايب المذكور لا يكون كثيرا الوضوح ولا الاستقرار في الذئبة الخجيرية  
الغشائية وبالجملة قد تيسر رؤية لسان المزمار المنتفخ استقاخا او ذميا او باعلى  
هيئة ورم محمرك ترى الشكل كاشف خلف قاعدة اللسان ويكاد يهضم في جميع  
الاحوال بالورم الاو ذميا وى متى بحث الطيب بالاصبع بمخاطوياً

ثم ان عسر التنفس الذي ينضم له الاحساس بجسم غريب في الخجيرة يزداد في  
كل لحظة في الاحوال الثقيلة فتصفه المرضى مع اليأس والضجر بان هناك  
جسما غريبا واقفا في الخجيرة وتخص بان ضيق الخجيرة يزداد شيئا فشيئا فتخص  
بنوع اختناق كما قاله المعلم (ينا) وبول حالهم الى الهلاك بحيث ينضج على  
وجه المريض الضجر واليأس فيصير قاعا فزعما الى أن يصير الوجه مزرقا  
رصاصيا وتبرد الاطراف ويصير النبض صغيرا غير منتظم وتعمد القوى  
العقلية ويقع المريض في الكوما وتنضج خواخى الصدر ويهلك المريض

من اوديميا الرتين وهذه الظواهر عين الظواهر التي تقدم بيانها في الذبحة  
الخبيثة الغشائية وهي لا تنسب لعوق استقراغ الدم الوريدي من اوردة  
الدماع بل تنسب الدم بمض الكرونيك كما سبق ذكر ذلك  
\*(المعالجة)\*

الوسائط العلاجية التي تستعمل عادة عند ظهور هذا المرض المنزوع هي القصد  
العام وارسال العاق بكمية عظيمة على العنق واستعمال الحار اريق على القفا  
والمقننات والمسيلات الشديدة والحمامات القدمية الفاترة لكن كان  
اوديميا القلفة لا يخرج فيها مثل هذه الوسائط العلاجية تكاد تنفي هذه الوسائط  
في اوديميا المزمار كذلك بل انجح انم اذا كان الخطر غير عظيم جدا ينبغي  
تقيص كمية الدم بواسطة القصد الغزير واعطاء المريض نصف نقطة من  
زيت حب الملوك كل ساعة اذ بواسطة الافراز المعوي المصلي الغزير جدا يمكن  
تقيص كمية الدم من اوعية الدورة وقد دلت التجارب على انه عند حصول  
استقراغات دموية عظيمة او عند تكاثف الكتلة الدموية بواسطة فقد  
السوائل العظيمة جدا تنقص الاوعية السائل الموجود في الاعضاء كما يشاهد  
ذلك عند حصول الهيمية اذ قد تنقص ارتشاحات مرضية عظيمة جدا في اثناء  
هذا المرض وحينئذ استعمال هذه الطريقة الموافقة للنظريات الفسيولوجية  
جائز وان لم يكن نجاحه ثابتا ثبوتنا واخصنا في الطب العملي

وعند اشبهق العنيف الشاق الذي لا ينبغي تذبذبه في الخبيثة الاقليل من  
الهواء لا بد وان يتخلل الهواء المحتوية عليه الشعب فيشاعن ذلك احتقان  
عظيم في الغشاء المخاطي الشعبي معصوب بافراز غزير (كما يشاهد ذلك  
في البللدة الظاهر عقب وضع مجسم عليه) وبتراكم الافراز في الشعب يرتقي عسر  
التنفس عند المريض الى درجة عظيمة جدا فتسمع خراخرا واضحة ممتدة وفي  
مثل هذه الاحوال يجوز اعطاء مقي دون خلافها من الاحوال فانه هنا يعقبه  
النجاح العظيم بل وينبغي تكراره احيانا والمهسم في معالجة هذا المرض هو  
المعالجة الموضوعية فيجهد في تشريب الحوتين المتفتحين بواسطة مسرط من  
موقوف عليه سيور من الشعاع الى نحو طرفه مني أمكن اجراء العملية فان لم يمكن  
ذلك وجب التشريب بظفر الاصبع ولا مانع من مساعدة ذلك بكى فوهة

المزمار اما ينفع مسحوق الحجر الجيري أو باستعمال محلوله المرصفا  
أو باستنشاق الأبخرة المتشعبة بالنسج أو التسبب بواسطة آلة تسمى بالمرزاز  
وكذا من الوسائط الناجمة جدا أحيانا ازدياد قطع صغيرة من الجليد فقد  
شاهدت شفا أحد الأطباء استعمال هذه المعالجة الأخيرة والحال ان نوب  
الاختناق كانت عنده عظيمة جدا بحيث كان يحتسب من تأخر عملية القطع  
الجفيري فان لم تفر هذه الوسائط أو لم يمكن اجرائها وحصلت الظواهر  
الناجمة عن تسهم الدم ببعض الكربون بان صار النبض صغيرا غير منتظم  
وحدث القوى العقلية وجبت المبادر بتأجيل القطع الجفيري ووضع اثوية  
الى ان يزول الخطر وتباح هذه العملية في مثل هذه الاحوال اكثر منه في  
السهال الذي اذبح يمكن حفظ الحياة بجملة شهرو لو في الاحوال التي فيها  
تكون أوديا المزمار ناجمة عن تفرح درقي جفيري

• (المبحث التاسع) •

في التهاب السحايا الغضروف في الجفيري

• (كيفية الظهور والاسباب) •

المنسوج البقي المتصلق بالفضاريق الجفيرية مباشرة المعروف بالسحايا  
الغضروف في دومنة ومقاومة عظيمة بحيث انه يقاوم التفرح المبدئ اليمن  
القضاء المخاطي الجفيري في مناطق بلا لكن متى وصل تا كل في محل منه  
بامتداد التفرح اليه تعري الغضروف و زال اتصاله بالوعية المغذية له  
فالجزء الذي تعري وقد تغذيته يموت - ميتة ذرية قدف وقد ذكرنا ان القطع  
الغضروفية المتسكرة المتفرقة كثيرا ما يشاهد فيها ابتداء التعظم وان هذا  
ناجم عن تفرح القضاء المخاطي الذي سبق ذلك التعظم

يمكن كلة التهاب السحايا الغضروف في الجفيري لا يرا د بها عادة الالتهاب  
والتفرح السحايا الغضروف في الممتد من الظاهر الى الباطن بل يرا د بها  
شكل من الالتهاب فيه يحصل تضخم مرضي بين السحايا والغضروف  
فدفعها عن بعضها ما بسبب هذا السحايا ومقاومته وعسر انقائه من  
التضخم المرضي ومن المعلوم ان هذا الانفصال الممتد الغضروف في عن سحائه  
وأوعيته المغذية له ينتج عنه تكرر عند فيه



ثم ان الاسباب المتمة للالتهاب السعاقى الغضروفى الخبثى هي احيانا تقرحات الغشاء المخاطى الخبثى التى ذكرناها الا ان هذا السعاق لا يتاكل من الظاهر الى الباطن بل يصير مجلسا للالتهاب فيبقى به ينسكب النضج المرضى بين السعاق والغضروف

وقد يحصل هذا المرض من ذاته بدون اصابة الغشاء المخاطى خصوصا عند الاشخاص المنوكين اما بسبب سوء الفضة الزهرية أو الزئبقية أو مدة سير الامراض التسممية العامة سيما التيفوس والتسمم الصديدي للدم ونحو ذلك وقد يحصل ايضا عند أشخاص سليمى البنية فى الظاهر وفى مثل هذه الحالة الاخيرة ينسب بعض اطباء ظهور هذا المرض لتأثير البرد ويسميه بالالتهاب الروماتزمى كما يسمى فساد الخبثرة الذى يعقبه بالسل الخبثى الروماتزمى  
 • (الصفات التشرىحية) •

هذا الالتهاب يمكن ان يصيب جميع غضاريف الخبثرة والمجلس الرئيس لهذا المرض هو سعاق الغضروف الخلقى لكنه قد يمتد منه بسرعة الى سعاق غيره من الغضاريف ويوجد فى الابتداء اخراج صغير بين الغضروف وسعاقه يعظم حجمه فيما بعد بحيث يكون السعاق كساعظيما مثلثا بالصديدي تسمج فيه بعض قطع غضروفية خشنة مرقمة مغيرة اللون تلين فيما بعد وينتهي الصديديان بنقب السعاق وينصب فى المنسوج النملوى تحت الغشاء المخاطى الخبثى فيضيق المزمار ويسده بالكلية وقد ينقب الغشاء المخاطى نفسه فيصل الصديده والقطع الغضروفية الى باطن الخبثرة ويخرج مع السعال وقد يسرى الصديد نحو الظاهر وينفتح فى الجلد فتتكون قنوات ناصورية ونراجات فى العنق والصديد المجتمع والقطع الغضروفية المنفصلة يخرجان اما من الظاهر أو من البلعوم وقد يحصل الشفاء نادرا عقب قذف القطع الغضروفية المتشككة فجعل محالها مادة ليفية صلبة

#### • (الاعراض والسير) •

من الصواب تقسيم أعراض الالتهاب السعاقى الغضروفى الخبثى الى جملة ادوار فان هذا المرض يتقطع سيره حقيقة فى جملة ازمدة فى الدور الاول

أعنى عند ظهور التهاب السحايا الغضروفي الخنجري وتقيمه تكون  
الاعراض قليلة الوضوح الا ان هذا المرض يصطبغ كغيره من التهابات  
المسبوبات الصلبة بالام شديدة اكثر من باقي التهابات الخنجرة وحيث ان هذا  
الالتهاب يكون قاصرا في الابداء على جزء محدود فالام كذلك يكون قاصرا  
على جزء محدود وفي الخنجرة ايضا ولا يمكن الاشتباه بين هذا المرض ووجود  
جسم غريب في هذا العضو سيما وان هذا الالم الغير الواضح يكون معموبا  
بتهيج سهل المستعص جدا

واما الدور الثاني فيشاهد فيه تارة تدريجيا عقب تراكم الصديد تحت  
السحايا وتقدمه وبروز في الخنجرة وضيقها به وتارة فجأة عقب انثقاب  
السحايا الغضروفي وانسكاب الصديد المتجمع تحته في المنسوج الخلوي  
تحت الغشاء المخاطي بحدة في الصوت أو فقهه بالكلية وسعال خشن زيان  
معموب بجميع الظواهر المرضية الدالة على تضيق الخنجرة الشديدي وفي  
هذا الدور كثير ما يطرأ الموت لكثير من المرضى وفي بعض الاحوال يعقب  
هذا الدور بالدور الثالث وفيه يثقب الصديد المتجمع تحت سحايا الغضروف  
او المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي قطاه وحينئذ يشاهد زوال  
اعراض ضيق الخنجرة والاختفاء عقب انثقاب الغشاء المخاطي وخروج  
الصديد مع القطع الغضروفي المتراكم تحته وانقذاهما بمجرى  
السعال وقد شوهدت احوال فيها أعقب ظهور الاختناق الشديدة جدا  
راحة تامة بالكلية عقب انفجار المخرج وخروج كمية عظيمة من الصديد معها  
قطع غضروفية لينة غير أنه في مثل هذه الاحوال ايضا تم لك المرض غالبا من  
امتداد المرض واستطالة التقيح اوحى الحق المصاحبة له

### \*(المعالجة)\*

معالجة التهاب السحايا الغضروفي الخنجري لا تكون الا عرضية بقطع  
النظر عن كون هذا المرض لا يعرف غالبا الا متى حصل انسكاب صديدي في  
المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وحينئذ تقصر المعالجة على المبادرة  
باجراء عملية القطع الخنجري لكن هذه العملية هي وفتح المخرجات التي  
توجد احبانا في العنق لا يكون لها الا مساعدة تسكينية وهي الوحيدة

### • (الامراض العصبية الخجيرة) •

أما التغيرات التي تعترى اعصاب الحس الخجيرة فهي زيادة قابلية تنبيه اعصابها الحساسة المعروفة (بالايبيرستيزيا) والتناقص المرضي في قابلية تنبيه تلك الاعصاب المعروفة (بالاينستيزيا) وكل منهما لا يشاهد مكوفا مرض على حدته ومن الشكل الاول يعد بعض من أحوال الكورة الاستيرية وبعض من أحوال السعال التشنجي الاستيري أيضا و المرضي في هذا الشكل وان لم يشكووا باحساس مرضي في الخجيرة الا ان نوب السعال تعتبر في هذه الحالة الاخيرة ظاهرة انعكاسية متعلقة بالتور ان المرضي الناشئ عن زيادة في قابلية تنبيهها

وأما التغير المرضي الذي يترى اعصاب الحركة لهذا العضو فهو تشنج عضلات المزمار المعروف (بالايبيركينيزيا) وشللها المعروف (بالايبكينيزيا) وستسكلم عليهم في المبحث الآتي

### • (المبحث العاشر) •

في تشنج عضلات المزمار وتشنج المزمار

ويعرف بضيق النفس الخجيري وبضيق النفس التيمومي وبالا انقباض الخجيري العصبي وبضيق النفس للمعلم (كوب)

### • (كيفية الظهور والاسباب) •

هذا المرض يتعلق بتنبيه مرضي في الاعصاب المنوطة بانقباض عضلات المزمار ومن المعلوم ان انقباض جميع عضلات الخجيرة المنتظم واجب لتوتر الاحبلية الصوتية وتوترا قويا وانسداد المزمار فاذا ظهرت هذه الحالة فاهورا انعكاسيا عند وجود التهاب في الغشاء المخاطي الخجيري عدت من اعراض هذا المرض ولا يعبر عنها بضيق النفس الخجيري العصبي ولا بالا انقباض الخجيري التشنجي فهذا المرض عبارة عن تغير مرضي قائم بنفسه في العصب الخجيري والراجع الخجيري سواء كانت هذه الاعصاب منسقة مدة سعيها أو كان المنشأ المركزي للعصب الخجيري متمججا متمججا أصليا أو انعكاسيا أي عمدا اليه من اعصاب حساسية أخرى والغالب ان تكون كيفية ظهور هذا المرض غير واضحة

ثم ان تشنج الزمار لا يكاد يحصل الا لاطفال خصوصاً في العامين الاولين من الحياة أعني زمن التسنين الاول وذكرا المثل (روبرج) انه يوجد على الدوام استعداد ورائي لهذا المرض فان هناك عائلات تكاد تصاب اطفالها به على الدوام ويوجد هذا المرض بكثرة في المدن العظيمة وهو في الاطفال ذوي التغذية الصناعية أكثر حصولاً منه في اطفال البوادي والاطفال التي تتغذى بالرضاعة الطبيعية وزعم الطبيب (كبير) أن تشنج الزمار في الاطفال والتشنجات الطفلية المعروفة (بالاكلية) مرضان متقاربان جداً وان نوبة تشنج الزمار تعبر جزاً من النوبة التشنجية وأما الاشخاص البالغون فلا يكاد يصاب منهم الا الاستريون بل واصابتهم قليلاً فإنه يوجد بعض مشاهدات فادرة في اثناء نوبة الاستريادت للموت عكست تشنج الزمار وانسداد الحنجرة زماناً طويلاً ولا يندر مشاهدة بعض أحوال من الاسترياد فيما يصل تشنج الزمار الى درجة خطيرة جداً كما نلاحظه

#### • (الصفات التشريحية) •

ضخامة الغدة التيموسية التي قال المالم (كوب) انها سبب عضوي لجميع أحوال تشنج الزمار تفاقمت في غالبها وكذلك ابن مؤخر الرأس الذي اعتبره بعضهم مثلاً لهذا المرض فهو ظاهرة واشيقسية اى متعلقة بداء الراشقين وكذا اتساع الغدة النخية والشعبية واسفالتها ووجود ضخامة أو احتقان أو نضج مرضي في المخ فهي تغيرات توجد في الغدة غير ملازمة لهذا المرض وفي جميع الاحوال لا يتحقق تشنج تشنج الزمار العصبي الا اذا لم يوجد تغير ما في الغشاء المخاطي الحنجري عند فتح الحنة

#### • (الاعراض والسير) •

هذا المرض كغيره من الامراض العصبية ذو نوب وتترات فالنوبة تتصف بانقطاع فجائي شديد في التنفس يمكن ان يستمر بعض دقائق الى ان يدخل الهواء ويخرج من الزمار الذي لا يزال منقبضاً بعد ان كان منفسداً وحينئذ يشاهد التنفس الضعيف الممتد الذي سبق ذكره وتصلب هذه النوبة ينضجر وتقلق ولون مزرق في الوجه واتقياضات عضلية شديدة في عضلات التنفس وانكباب الى الامام حال الجلوس ثم يهدى سير من الدقائق تحصل الفترة التي فيها

بنفسى الطفل فغير مفر جمع الى حالته العصبية كما كان وحدث ان الغشاء  
الخاطى الحنجري والوتار الصوتية لم تنزل في هذا المرض في حالة سلامة فلا  
يوجد السعال وحيث ان هذه الاسباب الصوتية لا تكون مسترخية  
ولا منتفخة فلا توجد بصحة الصوت وحيث انهم لم علينا تمييز نوب تشنج المزمار  
عن السعال الديكي وعن نوب ضيق النفس التي تحصل ليلا في البرقة الحنجرية  
ما دام اعتبار تشنج المزمار مرضيا عصبيا عاضا

وفي كثير من الاحوال لا يبق التشنج فاصرا على الالياف المتحركة للعصب  
المثير بل قد يعصبه تشنج في اعصاب عضلات أخرى كتشنج عضلات اصابع  
اليدين أو القدمين أو هماما وقد تتعاقب هذه التشنجات مع نوب تشنج  
المزمار بل قد تحصل في بعض الاحوال تشنجات عامة تهمك منها الاطفال  
ثم ان النوب المذكورة تحصل بعد فترات مختلفة فقد لا تتردد الا بعد كل  
ثمانية أيام أو أكثر من ذلك وقد يكثر ترددها كما في الاحوال الخطرة فتقرب  
من بعضها شيئا فشيئا وحيث تصطب بالتشنجات العامة وهذا المرض يورث  
على الدوام ميلا للنكسات فينبغي الاحتراز من وجباتها ولولوى الطفل  
سليما جملة أشهر وهناك أحوال شوهدها ظهرو تشنج المزمار مرة واحدة  
ولم يعد ثانيا

ويندو انتهاء النوبة بالاختناق فيما اذا استطال انسداد المزمار زمنا أطول  
من الزمن الذي يحصل فيه الجسم امتناع الاوكسيجين فيصير الوجه باهقا  
ويكتسب لونا رميا وتسترخى العضلات ويسقط الطفل وبهالك

#### \* (المعالجة) \*

الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب لا يمكن انعامها حيث ان  
اسباب هذا المرض غيروا في الغالب ومع ذلك ينبغي تجنب اختلالات  
وظائف الهضم والتغذية بقاية الاحتراس عند الاطفال المستعدين لهذا  
المرض وهذا انفع من كثرة استعمال الجواهر الدوائية النوعية المشكوك في  
نجاحها ولذا لا يستغرب من كون بعض الاطباء يوصى باستعمال الزئبق الحلو  
والراوند ونحوهما من الجواهر الدوائية في هذا المرض والاطفال ذوو التغذية  
الصناعية الذين يظهر فيهم هذا المرض ينبغي ارضاعهم من الثدي والاطفال

المتقدمون في السن يؤمروا بهم ان أتمكن بتعاطي اللبن فإيا اعطاهم متعاقبا مع  
الاغذية الجيدة

وفي احوال تشنج المزمار الاستري تستدعي المعالجة السمية ابدءا بمعالجة  
المرض الاصيل الذي يكون في الغالب مرضا موضعيا في الرحم زيادة عما  
كان يظن سابقا غير أنه لا ينبغي في هذا المرض اهمال استعمال الوسايط  
العلاجية المؤثرة في العقل كالا ينبغي اهمالها في جميع الظواهر المرضية  
الاستيرية فكثيرا ما ترى شفاء مثل المزمار بل وشفا تشنجه بواسطة  
التكهرب المحدود وعضلات الخنجر ولا يمكن توجيهه ذلك التجاح الا بتأثير  
هذه الاخيرة في العقل وقدم مع العلم (توبولد) في تشنج المزمار الذي قد  
يشاهد احيانا عند البالغين من الذكور استعمال التيار الجلو في المسقور وقال  
بجحاح ذلك في مجامع اعظيا وكذا لا يمكن اتمام الدلالات العلاجية للمرض  
نفسه فان طبيعته غير واضحة بالكتابة والموصى به المعلم (رومبرغ) في هذا  
المرض هو استعمال الماء الحليتي المضاد للاستيريا

• (تنبيه) • كيفية استحضاره ان يؤخذ من الحليت والكستور يوم والصبح  
التوشادري والورايانا والمروا الانجليكا وغيرهما من المواد العطرية  
قدر اثني عشرة أوقية ويتقع في قدر ثلاثة ارطال من الماء الكولي المقطر  
عسروجا بالشراب البسيط اجزاء متساوية فيعطى للطفل الذي أنى عليه  
حول من اربع ملاعق الى ستة كل يوم وعند تردد التوب ولومع استعمال  
الحليت ينبغي أن يعطى بدلا عنه المسك المعسج نوعيا في هذا المرض  
ومدحه كثير من الاطباء (بأن يؤخذ من ثلاثة دراهم الى اربعة من المسك  
ومن الصمغ العربي نصف درهم ومن الشراب البسيط وماء الشمر من كل  
• منهما أوقية ومن محلول التوشادري الجلو جوام واحد وعينج جميع ذلك  
ويعطى منه ملاعقة صغيرة في كل نصف ساعة) وفي أثناء النوبة لا يمكن أن  
يعطى للأطفال جواهر دوائية لانهم لا قدرة لهم على الازدراد وينبغي في أثناء  
النوبة إيقاف الطفل ورثر وجهه بالماء البارد والتمويه عليه تمويه قوية  
وذلك ظهره وحققه بمنقوع البابونج او منقوع الوريانا ونحو ذلك ويؤمره  
ايضا بوضع ليخ خردية على الصدر أو الظهر ومن الجيد كذلك استعمال

حقنة من الحليب ان لم تثمر حقن البايوج والوالريانا اى حشيشة الهر واستعمالها مدة النوب بلامعاذ كرو كيفية ذلك أن يؤخذ من الحليب من نصف درهم الى درهم ومن صفار البيض واحدة ويمزجان ثم يوضع ذلك في منقوع جذر الوريانا (نصف اوقية منه في أربع اواق من الماء) ويحقن بذلك مرتين

### • (المبحث الحادى عشر) •

(في شلل عضلات المزمار المعروف بانقطاع الصوت وفقد الشلى)

من القريب لظن جدا كون كثير من الاحوال المرضية التى كانت تعتبر تشنجا في المزمار لم تكن ناشئة عن تشنج في عضلاته بل عن شلل فيها وما يسهل علينا وضوح بعض احوال تضايق النفس الواصلة احيانا للاختناق ووصفها المعلم (رومبيرغ) بانها تصطب بشهيق صغير ذى لفظ عال وصوت ابح أو خفى وعلى الخصوص بارتقاء تضايق النفس عند الالتواء لفعل مجهودات تنفسية واعتبرها عرضا لشلل في العصب الخجري الرابع وتوجبه هذا العرض واضح سيما عند حصوله للاطفال وقد ذكرنا عند الكلام على تضايق النفس الذى يصعب السعال الديكى ان هذا التضايق يشابه تضايق النفس الذى يحصل للحيوانات الصغيرة المقطوع اعصابها الصغيرة أو الرابعة الخجيرية وذكرنا ايضا هناك التوجيه الفسيولوجى مع غاية الايضاح فلا حاجة لذكره هنا ومع ذلك فلا تعرض لهذا الشكل البادر جدا من شلل المزمار بل تعرض فقط لذكر شلل عضلات المزمار الذى لا يضطرب فيه التنفس بل الذى فيه انقطاع التأثير العصبى لعضلات الخجيرية نوع تتوخى الاجلة الصوتية او يمنع عتق جاتها رأسا ومثل هذه الاحوال يعبر عنها بفقد الصوت وانقطاع الشلى

### • (كيفية الظهور والاسباب) •

لا شك في ان احوال فقد الصوت الشلى كانت تعرف جيدا قبل اختراع المنظار الخجري وتلك الاحوال التى كان فيها فقد الصوت هو العرض الوحيد للداء الخجري وكان حصوله وزواله مفاجئا ومع ذلك فقد استدل بالبحث بالمنظار الخجري دلالة قوية على اضطراب حركات العضلات الخجيرية

واحد اربعة الصوت او قد يسه بالكلية وفي غالب الاحوال التي ثبت فيها  
البحث بالمنظار الخنجري فقد حركات عضلات الخنجرة أو بعضها فقد انما أو  
غير تام وجد أن هذا الشلل ظاهر من جهة تطواها بالتهابات الخنجرية النزلية  
حاددة أو مزمنة او غيرها من امراض الخنجرة وهذا الشكل يشبه بالكلية  
الشلل غير التام الذي يحصل في الاليف العضلية للشعب والمعدة والمخ  
ولاسيما المثانة عند اصابة الاعضاء المذكورة بالتهابات النزلية المزمنة ولا  
شك ان العضلات والفروع العصبية الرقيقة جدا المارة فيها تشترك معها  
في الاضطراب الغذائي لنقصها الحاد

وفي احوال أخرى يكون كل من شلل المزمار وانقطاع الصوت الشللي ناشئا  
عن اضطرابات غذائية في جذع العصب الخنجري وأحد فروع الصاعدة ومن  
هذا القبيل المشاهدات المهمة التي فيها يكون كل من شلل المزمار  
وانقطاع الصوت الشللي ناشئا عن انضغاط العصب الرابع أو عن ضغطه عقب  
الضغط الواقع عليه من أورام أو زماوية في الاورطاد أو ورام سرطانية أو  
من العقد الليفية الشبيهة المنتفخة والتي اعتراها استحداث مرضية أو  
من مكاثفات ميلوروية كاثنة حولقة الرتين التي اعتراها الاستحالة الجينية  
وهناك بعض مشاهدات يتضح منها ان تأثير البرد كثيرا ما ينتج عنه اضطرابات  
غذائية في الفروع العصبية للعصب الخنجري والرابع فشا عنهما فقد قابلية  
قيمه بحيث ان العضلات المتوزعة فيها هذه الاعصاب تشل ومثل هذا  
الشلل الروماتزمي أكثر ما يشاهد في الاعصاب المعرضة لتأثير البرد بكثرة  
وذلك كالعصب الوجهي ومن المشكوك فيه ان شلل عضلات المزمار الناشئ  
عن التسمم بالجواهر المعدنية سيما التسمم الزئبقي هل يعتبر شللا مركزيا أم دائريا  
وهو ذلك يقال في انقطاع الصوت الشللي الذي يعقب التيفوس او الدقيري  
او التسمم الاجامى كما يظن ومن النادر أن يكون شلل عضلات المزمار اذا غبوع  
مركزى أى متعلق بمرض في الدماغ او الحزء العنقى من النخاع الشوكي ولا  
نذكرها أغلبا حوال الامراض الدماغية الثقيلة التي تفقد المرضى التكلم  
بها فان شلل عضلات المزمار في مثل هؤلاء المرضى ليس متقابلا ولا قريبا  
للعقل فان الكلمات القليلة التي تلفظ بها مثل هؤلاء المرضى تكون عادة



بصوت واضح غير متغير  
وبعد الشكل السابق قد كرر شكل فقد الصوت الشللي الاستيري لكثرة حوله  
بعد الشكل السابق وقد يشاهد هذا الشكل في القساء والرجال بعدد عظيم  
وهذا الشلل الاستيري لا يعد من الشلل المركزي ولا من الشلل الدائري  
بالمعنى الحقيقي لهذه الالفاظ فتسميه تبعاً للمعلم (روبرغ) الذي يسمى بعض  
اشكال التشنج بالتشنجات النفسية بالشلل النفسي أضافاً ما بالمسة تشبه  
الاعصاب الدائرية في هذا النوع من الامراض لم تزل محفوظة كما أنه لا يمكن  
اثبات تعاقبها باضطرابات مرضية في المراكز العصبية المحركة وأما المؤثرات  
النفسية فلها تسلط عظيم في ظهور هذه التشنجات الاستيرية وزوالها بحيث  
يمكن اعتبارها من هذه الامراض بعض اجزاء الدماغ المتسلطة على  
الافعال النفسية

### • (الصفات التشريحية) •

التغيرات التشريحية الناشئة عنها شلل المزمار وانطواء الصوت لا يمكن  
اثباتها في الجثة الا نادراً بعد اعداد الاحوال التي فيها يكون هذا الشلل ناشئاً  
عن تغيرات جوهرية أي مادية في الخنجرة أو التي تكون فيها الجذوع العصبية  
الخنجيرية منضغطة أو متوترة بواسطة ضغط أورام أو تكاثفات بلورية وقد  
أثبت كل من المعلم (ترك وجوهر د) ان عضلات الخنجرة كغيرها من العضلات  
المتشله يعثر فيها الضمور والاستحالة الشحمية متى بقيت منشلة زمناً طويلاً

### • (الاعراض والسير) •

الفعل الفسيولوجي لعضلات المزمار غير معروف لنا معرفة تامة فالتا لا تعرف  
الا القليل جداً من نتيجة انقباض بعض عضلات المزمار ودرجة تعادلها  
بانقباض عضلات أخرى مضادة لها في الفعل بحيث يمكننا الحكم من قبل مع  
التأكد على تغيرات الصوت التي تعقب ولا بد شلل إحدى العضلات  
المزمارية أو جله منها دون غيرها وكذا المشاهدات المرضية من الشلل المخض  
للمزمار أعني غير المصحوب باسترخاء في الغشاء المخاطي ليست كثيرة العدد  
جداً حتى يمكننا الآن توضيح بيان النسب الكائنة بين شلل المزمار الخنزي  
واضطرابات تولد الصوت وصحاحاً تاماً ومع ذلك فقد صار الاستدلال على بعض

بقائى فى هذا الخصوص من منذ اشتغال كل من المعلم (ترك لوبين وجرهد)

بهذه المسئلة وتبين ذلك مع الاختصار فنقول

حيث ان تقارب الاحبال الصوتية وتوترها وتوترها طبيعيا يتعسر أو يتعذر بواسطة شلل عضلات المزمار كان كل من جهة الصوت وانطفائه علامة كثيرة الحصول جذا الشلل المزمار وفي غالب هذه الاحوال لا يكون كل من تقارب الاحبال الصوتية وتوترها متغيرا عند فعل مجهودات الزفير أو السعال أو الازدراء وهذا الشكل من شلل المزمار يسمى المعلم (ترك) بشلل الصوت المتعاقب بالعاصرة المزمارية ضد الشلل العمومى النادر من العاصرة المزمارية الذى فيه لا ينطبق المزمار ولوفى فعل المجهودات السابق ذكرها وبجهة الصوت وانطفائه يساهم الشككين الوحيديين من تغير الصوت فى المرض الذى نحن بصدده فان الشلل لا يصيب فى جميع الاحوال العاصرة المزمارية فقد تشاهد أحوال فيها يصيب الشلل عضلات احدى جهتي الخنجرة خصوصاً عقب الاصابات النزلية الخنجرية أو عقب انضغاط وتمزق أحد الاعصاب الراجعة وتبقى عضلات الجهة الأخرى سليمة وفى مثل هذه الاحوال ينشأ صوت ناصورى مستمر (يسمى بالصوت الناصورى) وهذا التغير يوجهه بالكيفية الاتيمية وهى ان الحبل الصوتى السليم يكون مقتعاً بوجاهة الطبيعية بخلاف الحبل الصوتى المشلول الذى يقرب فى الوضع من الخط المتوسط للخنجرة الذى لا يتوتر الا قليلاً ولا يتوتر بالكيفية فانه لا يتزوج منه الا جزء من حافته والشلل القاصر على العضلات الدرقية التربة الهالية التى به يتعسر قصر الاحبال الصوتية وتوترها لا ينتج عنه تعال رأى المعلم (جرهد) صوت منخفض فقط بل ينتج عنه كذلك عدم القدرة على احداث صوت خلافه فالصوت يكون فى هذا المرض على الدوام بكيفية واحدة ومما ذكر مع الاختصار يستبين ما استنتج من اشغال المعلمين السابق ذكرهما وبموضوعنا على البحث عن استكشافات جديدة فى هذا الخصوص

ثم ان تشخيص شلل المزمار لا يمكن الا بواسطة المرأة الخنجرية فى شلل العاصرة المزمارية يتضح بالبحث بالمرأة الخنجرية انه وقت الشروع فى احداث الصوت تبقى قوة المزمار منقصة ولا تتزوج الاحبال الصوتية

توجوا واضحا وفي أحوال شلل المزمار الجنبى بشاهد بروز الغضروف  
الترجهالى بروزا واضحا بحيث يصل الى الخط المتوسط للمزمار ويل ويتجه الى  
الجهة المقابلة والحافة الأتسية للصلب الصوقى المتثل تصل الى الخط المتوسط  
تقرىءا وعند التقس والاجتهاد فى التكلم والسعال لا يتحرك ~~كل~~ من  
الغضروف الترجهالى ولا الحمل الصوقى من الجهة المريضة الا قليلا أولا  
ينحرف كان بالكفاية وعند شلل العضلات الدرقية الترجهالية يبقى المزمار  
الصوقى عندما يريد المريض التكلم مكتسبا الشكل يضاهى عريض تبعا للمعلم  
(جرهرد)

### • (المعالجة) •

من المهم فى معالجة شلل المزمار اتمام دلائل المعالجة السببية فان كان هذا  
الشلل حاصلًا فى اتمام سير الالتهاب الخنجرى التزلى وجب استعمال معالجة  
موضعية قوية خصوصا المر بمحاول نترات الفضة مع الجراح غالبًا وأما فى  
أحوال شلل المزمار الناتج عن تغير مرضى على سير القروع العصبية فلا يمكن  
اتمام دلائل المعالجة السببية فى كثير من الاحوال وفى أحوال أخرى قد  
يفتح عن تحليل أورام الغدة الدرقية أو العقد الليفية أو العنقية أو معالجة  
النسج المعدنى أو استعمال المركبات الكيماوية اذ يتبعه السبب قد يزول شلل  
المزمار أو أمانى أحوال شلل المزمار المركزى فليس للمعالجة أدنى قوة غالبًا وأما  
فى أحوال شلل المزمار الاستيرى فالغالب أن ينتج عن معالجة المرض الاصلى  
معالجة لا تقة نجاح عظيم مستقر

وأما معالجة المرض نفسه من النادر ما كان اتمامها فان أغلب اشكال هذا  
المرض ينتج عن اضطرابات غذائية وتقيرات مرضية عصبية مركزة  
أو دائرية لا يمكن شفاؤها فى الغالب ويستثنى من ذلك أشكال شلل المزمار  
العدوية التى فيها قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية تتكون متناقصة بسبب  
الراحة المستطيلة أو التى فيها يتبعه السبب الاصلى للشلل يعود للاعصاب  
الخنجرية قابلية تنبهها الكنى بكيفية غير نامة وفى مثل هذه الأنواع من الشلل  
يسمى عمل نجاح عظيم التنبيه الكهربى للاعصاب بواسطة التيار الكهربائى

الجلواني الموضعي الذي انتشر انتشارا عظيما في مبدأ استعماله حتى صار يستعمل في جميع أنواع الشلل لكن صار الآن لاستعماله محدودا ومؤسسا على دلالات علاجية واضحة واستعمال هذا التيار الكهربائي الجلواني الموضعي يظهر ان له فائدة واضحة في هذا المرض أكثر من غير من أنواع الشلل فانه من منذ تشخيص هذا المرض تشخيصا جيدا بواسطة المرأة الخبيرة قد كرت أحوال عديدة جدا من شفائه بواسطة استعمال التيار الكهربائي الجلواني الطبي الموضعي (فقد ذكر الطبيب (الموس) شفاها حدى عشرة حالة من ثلاثة عشرة حالة) ففي بعض الاحوال شوهه ودرزوال انقطاع الصوت الشللي من أول مجلس استعملت فيه هذه الوساطة وفي كثير منها حصل تحسن واضح من أول الامر حصل أعقبه شفاء تام ولم يشاهد عدم نجاحه الا في أحوال قليلة منها فان كان الشفاء في مثل هذه الاحوال من اشكال انقطاع الصوت الا - تيرى كان توجيه هذه المنفعة الوقية واضحا فانه كثيرا ما يرى زوالها عقب زوال الانفعالات النفسية أو استعمال التيار الكهربائي الخفيف على العنق لكن أحوال الشفاء المذكورة كانت متعلقة بأشكال مختلفة من شلل المزمار بحيث لا يشك في حقيقة انهم كانوا قد هدت من أطباء مشهورين يعتقدون على دقة قواهم ومع ذلك فاني أقسم بان المشاهدات الطبية الجديدة توضح لنا حقيقة هذه الظاهرة

ثم انه لاجل تنبيه العصب الخبيري العلوي يختار تبعا للمعلم (جرود) الجزء من العنق المقابل للقرن العلوي من الغضروف الخرقى ولاجل تنبيه العصب الرابع يختار الجزء المقابل للقرن السفلي من هذا الغضروف والاجودى احداث تأثير التيار الكهربائي في هذا الاخير هو أن يضع أحدا لاقطاب على المقر السابق ذكره والاخر هذا قاعدة انقص

• (الفصل الثاني في امراض القصبة الهوائية والشعب) •

• (المبحث الاول) •

في احتقان الحشاء الخاطى القصبي والشعبي والتهابه

الترلي أعنى النزلة القصبية والشعبية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

قد ذكرنا فيما مر ان كل استئذان عظيم في الغشاء المخاطي ينتج عنه مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية المعبر عنها بالالتهاب التزلي وبالتزلة وانه حتى اعتبرنا التزلات من ضمن الالتهابات صار هنامعنى انقطة احتقان والتهاب واحد امع انه لا يجوز لنا على العموم اختلاطهما ببعضهما

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب التزلي للغشاء المخاطي الشعبي يختلف اختلافا عظيما باختلاف الأشخاص كما يبين ذلك عند الكلام على الالتهاب التزلي الحنجري ولذا يسهل اصابة الشخص به نارة ونارة أخرى بعسر اصابته ولو كان السبب واحدا ثم ان زيادة احساس الجلد من تأثير التقلبات الجوية أو قلة مقاومة الغشاء المخاطي الشعبي وزيادة تأثره من النظريات التي وجه بها ان الشخص يصاب بهذا المرض بسهولة حتى تعرض لمؤثرات مضره ولو قليلة الشدة لكن قد دلت التجارب على ان هناك بعض أحوال شخصية تعتبر من الامور المهمة لهذا المرض

أولها من الطفولية خصوصا من الاسنان فان الاطفال في هذه السن يكون عندهم استعداد عظيم للاصابة بالالتهابات التزلية في الأغشية المخاطية على العموم وبالالتهاب التزلي للغشاء المخاطي الشعبي على الخصوص وينسب ذلك لحركة اللسان كما تنسب له أيضا في هذا السن الاسهالات المعوية التزلية المسماة باسم الالتهابات التزلية أيضا ويؤثر هذا الاستعداد في سن السبوعية ثم يعود في سن الشيوخة فتكون فيه التزلات الشعبية المزمنة كثيرة الحصول جدا ولذا يوجد عادة عدد عظيم من الشيوخ في المارستانات مصابة بما يسمى بالسل الشعبي أى الالتهابات التزلية الشعبية المزمنة

ثانيها التغذية الرديئة واستمرار البنية فان الأشخاص الضعاف البنية ذوي التغذية الرديئة ذوو استعداد للاصابة بالتزلات الشعبية وغيرهما حتى تعرضوا لاسباب مخصوصة ولو قليلة الشدة دون الأشخاص الأقوياء لبنية ذوي التغذية الجيدة وينسب هذا الاستعداد لكثرة تأثير الغشاء المخاطي وسهولة اصابته اعنى قلة مقاومته عند تأثير الاسباب المضرة ويمكن أن يكون في مثل هذه الأحوال ناشئة عن رداءة تغذية جدران الأوعية الشعرية وقلة مقاومتها ورخاوة المنسوجات المتوزعة هي فيها فان هذه الأمور تؤثر بسهولة حصول

الاحتقانات والارتشاح فيها ومن هذا القبيل زيادة الاستعداد للإصابة  
بالنزلات الشعبية في الأشخاص ذوي البنية الخنازيرية والراشستمية  
الذين كثيرا ما يشاهد فيهم الإتهابات النزلية وعلى الخصوص النزلات  
الشعبية

فإنها زيادة الاستعداد لهذه المرض باعتباره للشخص مرة سابقة خصوصا  
إذا كان مصابا بمرض مزمنة في جوهر الرتين قائم بتزيد في الاستعداد  
لهذا المرض ازدياد اعظم ان لم تحدثها بدون واسطة وقول الاقدمين بأن  
عمل التهيج تنوارد اليه السوائل والاخلط ينطبق على هذا الامر ولو ان وارد  
الاخلط ينتج عن تمدد الاوعية الاقية الى المحل المتهيج بسبب تناقص  
مقاومة جدران الاوعية الشعرية لاعتن جذب المحل المتهيج للاخلط كما كان  
يتصور في الطب القديم ولذلك كراخيران الترفه والتسميز في الاستعداد  
للإصابة بهذا المرض ولذا ترى الأشخاص المترفين يصابون به عقب تعرضهم  
لادق أسباب مضرة دون الخشوشين الاقوياء البنية

واما الاسباب المتعمدة التي تحدث النزلات الشعبية بسهولة او صعوبة بحسب  
الاستعداد الشخصي فهي

أولا ان النزلة الشعبية تنشأ عن احتقان ويريد ناتج عن عوق استقراغ  
الاوردة الشعبية فانه من المعلوم ان الشرايين الشعبية التي تنشأ من  
الاورطى او من الشرايين بين الاضلاع لا ترسل الاجزاء من الدم المحتوية عليه  
الى الاوردة الشعبية وفيها يصل الدم الى الوريد الفرد ومنه الى الوريد  
الاجوف وان الجزء الاخير من الدم المحتوية عليه الاوردة الشعبية الصغيرة  
ينصب في الاوردة الرئوية الكائنة في جوهر الرتين وتعتب على ذلك ان كلا  
من تضائق الفوهة الاذيقية البطنية اليسرى الذي يحصل عوق في  
استقراغ دم الاذين اليسرى والاوردة الرئوية تبعاً لذلك ومن عدم كفاية غلق  
الصمامات القلوسية التي به يتهجر الدم مدة يستول البطني الى الاذين  
اليسرى ولا يمكن به استقراغ الاوردة الرئوية كذلك استقرانا ما يوردي  
ابتداء الى احتقان عظيم في الاوعية الشعرية للتلايا الرئوية ثم عند تقدم  
الاقية العضوية للقلب يحصل كذلك نزلة شعبية فتكون عرضا لازما

الآفات القلبية المذكورة وهذا الامر لا يمكن ادراكه اذ لم تعتبر ان جزأ من  
الدم الآتي من الغشاء المخاطي الشعبي لا يستقرغ في القلب الا بعد ان  
يستقرغ في القلب الايسر وما ذكر من ان الامراض المزمنة في الجوهر  
الرئوي تنضاعف بفترات شعبية يتضح ان جزأ منه في التغمات الوعائية  
المذكورة فان دورة الجوهر ان اعترها اضطراب عسر استفراغ دم الاوردة  
الشعبية الصغيرة في الاوردة الرئوية فينشأ عن ذلك احتقانات احتباسية في  
الشعب ترتقي الى درجة عظيمة جدا متى انضغط مع ذلك بعض الاوردة  
الشعبية انضغاطا مضائكا بواسطة بورات التماسية او تولدات جديدة في  
الجوهر الرئوي

ثانيا الاحوال التي فيها يجهد التيار الدموي عائقا عظيما في سيره في القروغ  
العظيمة للأورطي او في هذا الجزء نفسه عقب خروج الشرايين الشعبية  
منه اذ بذلك يزداد ضغط الدم في الشرايين غير المنضغطة وغير المتضايقة  
فيبتدئ تمدد ويتضخم الاحتقان الشرياني في فروعه الشعبية وفيه هذا النوع  
من الاحتقان الذي سماه العل (ورجوف) بالاحتقان التغمي الجاني يحصل  
ازدياد في الضغط الجاني للأوعية الشعبية والسباتية وامتلاؤها  
عقب انضغاط الأورطي البطينية كما يحصل ذلك مثلا من تجمع سائل في البطن  
او من امتلاء المعى بالمواد الثقيلة او الغازات فيحصل حينئذ احتقانات  
تقسمية جانبية نحو الصدر والراس وفي دور القشعريرة للحيات المتقطعة  
يعتري الدورة في جميع دائرة الجسم الظاهرة عوق عظيم بسبب انقباض  
الأوعية الشريانية الدائرية انقباضا تشنجيا وانكماش الجلد المعبر عنه بجفاف  
الجلد ومن الجائز ان يكون هذا هو السبب ايضا في احداث التزلات  
الشعبية واحتقان هذا الغشاء المخاطي المضاعف للحيات المتقطعة ولا  
يشاهد في بعض المرضى في اثناء دور القشعريرة سعال عنيف جدا

ثالثا تأثير الميحيات في الغشاء المخاطي الشعبي تأثير الاوساط كالآتربة  
والابخرة والهواء الحار والبارد جدا فكل من تأثير هذه يورث الاحتقانات  
والتزلات الشعبية الا ترى ان بعض الصنائع كالقرايين والطحائين والنجارين  
للأبحار وغيرهم عرضة لهذا المرض فيكادون دائما يكونون مصابين به

وابه لتأثير البرد الشديد في الجلد وتأثير التقلبات الجوية عليه تأثيرا فاعليا وليس عندنا كما ذكرنا فيما مضى توجيه واضح توجه به المشاهدة اليومية من ان الشخص الذي يكون في حالة عرق متى تعرض فجأة لتيار الهواء يعتبر به نزلات شعبية ولا يمكن توجيه ذلك بالاحتقان الجانبي المتجمعي فان الذي ادى هنا لحصول النزلات الشعبية انما هو تأثير قلب الجوار وتيار الهواء لا البرد الشديد جدا وفي بعض البقاع المجاورة للبحار ذات الرياح العنيفة الرطبة قد تساطن النزلات الشعبية تساطنا وطنيا بسبب كثرة التأثير من البرد والتعرض له

خامسا تظهر النزلات الشعبية مدة سير بعض الامراض الحمية العامة كالحصبة والتيفوس الطفحي والبطني والجدري وتنسب هنا لتغير مرضى في الدم اعنى لتصل هذا السائل لجوهر مع مجهول الطبيعة ومن الجائز ان يكون من الجواهر العضوية ونحن وان حتى علينا توجيه ذلك توجهها فسيولوجيا غير ان الظاهر ان هذا التأثير يشبه ظواهر قسم الدم التي تحدث عند ابعاط مقدار عظيم من جواهر معدنية كiodine والبوتاسيوم اذ من المعلوم ان استعمال هذا الجوهر لا يتدرمه ظهور نزلات شعبية شديدة معصوبة غالبا بطفح جلدي بدون ان يكون اثر في الجلد او الغشاء المخاطي الشعبي سبب آخر

سادسا قد تحصل اوية تظهر فيها التهابات شعبية شديدة معصوبة بظواهر عامة ثقيلة جدا بتأثير مؤثرات جوية او ارضية ومن المشكوك فيه هل هذه الالصابات المرضية ناشئة عن تسمم مخصوص في الدم مثل الامراض الحمية الطفحية المشابهة لها ومن مثل هذا الوباء يسمى بالجرب اى الالتهاب الشعبي الوبائي واوّل ظهور هذا الوباء كان في سنة ١٧٢٢ ميلادية ثم امتد من المشرق نحو المغرب فعم جميع اوربا تقريرا بحيث ان المصاب به كان نحو نصف الاهالى وكان خطرا جدا في الاطفال والشيوخ اما بسبب شدة الحمى او امتداد الالتهاب الى القربان الشعبية الدقيقة واشتراك الغشاء المخاطي للقناة الهضمية معها في ذلك او بسبب مضاعفات أخرى ومن التاريخ المذكور صارت تزداد وباء هذه المرض بجملة مرات مما سنة ١٨٠٠



و ١٨٣٥ ومن هذا الزمن الاخيرا اعتادت الاطباء على أن تسمى كل التهاب شعبي ولو غير وباقي بالجرب مادام مصحوبا باعراض عامة ثقيلة واستعصى ومتى كان مصحوبا بتغير في القناة الهضمية يسمونه بالجرب المعدى وهذه العادة جيدة فان كل شخص مصاب بجمي نزلية لا يتصور أنه مريض مرضا ثقيلا بحيث يلزم القراش زمنا طويلا بخلاف ما اذا علم انه مصاب بالجرب فان وهمه يؤديه الى ملازمة القراش نحو العشرة أيام بالرضا والقبول وبالجملة فالاسباب المتمة للثلاثة الشعبية ليست واضحة في كثير من الاحوال الا اذا اكنى الطبيب مثل العوام بفجران المريض أصابه برد

\*(الصفات التشريحية)\*

يوجد في الغشاء المخاطي للقصبة الهوائية والشعب في أحوال الالتهاب التقرني الحاد احمرار منتشر تارة وتارة يكون بقعيا ناتج عن الاحتقان أو عن الاكوزس والغشاء المخاطي يظهر زيادة عن ذلك دائما غير شفاف رخوا سهل التمزق وذلك يفتق عن ارتشاحه ارتشاحا وديماويا ناشئا عن زيادة ضغط الدم على جدار الاوعية الشعرية يقوم من هذا الارتشاح الاوديماوي الذي يحصل أيضا في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي يحصل انتفاخ في هذه الاجزاء به يضيق اتساع الشعب وكلما كان الشخص صغير السن وكان اتساع الشعب ضيقا في الحالة الصحية سهل امتناع مرور الهواء عقب انتفاخ الغشاء المخاطي سيغالي التفرعات الثلاثية والرابعة للشعب وهذا الامر مهم من حيث اختلاف هذا المرض وتفاوت خطرم في الاطفال والمتقدمين في السن

وفي الابتداء يكون الغشاء المخاطي جافا ومغطى بافراز لزج شفاف محتوي على خلية جلدية يسد وأن تكون أخلية بشرية خلية منقذفة يزداد تسكونها فيما بعد على السطح الظاهر من هذا الغشاء بحيث انها تفصل قبل أن تتم استحالتها الى مادة مخاطية فتكتسب باختلاطها مع السائل المفرز بفرارة هيئة مصفرة متعكرة

وعند دفع الصدر لا يتهبط الرئتان الا قليلا ولا تهبطان بالكامل مع كان الغشاء المخاطي الشعبي متفتحا والشعب الدقيقة متضايقة ومنسدة بمواد مخاطية

بل يشاهد ان الرتين تبرزان من تجويف الصدر المنقح بقوة متى كان تضايق  
 القروع الشعبية وانسدادهما بالمواد المخاطية واصابا لدرجة عظيمة جدا  
 بحيث يترأى ان تجويف الصدولايكاد يبعثهما وفي الحقيقة لا يسع تجويف  
 الصدر الرتين مادام الهواء الذي احتوا عليه غير منضغط فانه يحاول الموت  
 تفقد الحركات التنفسية الشعبية وتعمد الصدر لكن هوام الشعبك لا يمكن  
 اذ ذلك خروجهم منها لانسداد الشعب فيكون منضغطا ولا يتمدد بحيث يصل  
 الى حجمه الاصلى الا بعد رفع القص وهذه الظاهرة لا ينبغي اختلاطها  
 بالانفزيما الرئوية قائما مخالفة لها بالكلية

وفي الالتهاب الشعبي التزلي المزمن يظهر الغشاء المخاطي ذالون مسعر ضارب  
 الى الحمرة وأوعيته ممتدة دواليه وجوهره منتفخا غير مستقر قليل المقاومة  
 سهل التفرق والغشاء المخاطي نفسه يكون في حالة تضخامة سيما الاشرطة  
 اللبغية المستطيلة والطبقة العضلية تحت الغشاء المخاطي وحيث ان هذه  
 التضخامة تصطبغ بقدر من ونة الغشاء المخاطي والالياف الطويلة للشعب  
 وتتاقص قابلية انقباض الطبقة العضلية يصطبغ الالتهاب الشعبي التزلي  
 المزمن بسبب استرخاء جدار الشعب بتمدد منتشر في هذا العضو وهذا التمدد  
 المنتشر للشعب قد يصل الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الشعب ولو الدقيقة  
 منها تبقى مفتحة بعد قطعها وتصل الى اتساع عظيم مثل القروع الشعبية  
 التي نشأت منها أو ما التمدد الجبني للشعب فسنوضحه في امراض الرتين  
 حيث انه يصطبغ على الدوام بتغيران عظيمة في جوهر هذا العضو وكذا  
 الانفزيما الرئوية التي هي من النتائج الكثيرة الحاصلة للالتهاب الشعبي  
 المزمن

والطبقة البشرية الطبيعية للشعب تفقد في أغلب أحوال الالتهاب الشعبي  
 التزلي المزمن والغالب أن يكون الغشاء المخاطي مغطى بطبقة كسيفة  
 من اقراز مصفر قبيح محتو على أخلية جديدة بكثرة وقد يكون مغطى باقراز  
 لزج زجاجي نصف شفاف قليل الكمية وفي هذه الحالة الاخيرة التي يصل فيها  
 اتساع الغشاء المخاطي والنسوج الخلوي تنحصر الى درجة عظيمة يصعب  
 الالتهاب التزلي الشعبي بالحاف وأما اذا كان النضج غزيرا فانه يلا القروع

الشعبية الدقيقة بتمامها وأما القروح الغليظة فانه يكون فيها اختلاط  
بالهواء ولذا يظهر رغويا

وأما القروح الجريسة والمنتشرة التي شرحناها في التهاب الفشاء انما هي على  
الحصى فوجودها في الشعب نادر جدا وقال (رين هارد) انما توجد  
فقط في القروح الشعبية الدقيقة عند ما تكون محاطة بجوهر رتوي اعترته  
اصحالة جينية وزعم ان ثلاثي المسوج الرتوي الجبسي فائى من هذه  
القروح عقب فساد الجدار الشعبية الدقيقة ونحن كذلك نوافق في هذا الرأي  
بالنسبة للسائل الرتوي الناشئ عن الالتئابات الرتوية المفسدة

### • (الاعراض والسير) •

الالتئاب النزلي الحد للقصبة الهوائية والشعب الغليظة يكون في الغالب  
مصحوبا بالتهاب نزلي في الحنجرة والانس والحبوب الجنبية وبالتهاب نزلي في  
المحكمة أيضا ويقل امتدادها الى القروح الشعبية الدقيقة وكما كان  
الالتئاب كثيرا الامتداد كثيرا ابتداءه باحساس ببودة شعيرية شديدة في  
الاشخاص المترهقين والغالب أن تتكرر هذه القشعريرات بجملة مرات مدة  
سير هذا المرض خصوصا عند التقلبات الجوية وتغيير الملابس او القراش  
ويندوان فحصل نوبة القشعريرة مرة واحدة ومعرفة ما ذكرناه مهمة لاجل  
تشخيص ابتداء الحمى النزلية وتعيينها عن ابتداء الحمى الالتئائية وفي أثناء  
الفترات بين نوب القشعريرة تنحصر المرضي بحرارة محركة في الجسم بدون أن  
يظهر في الترمومتر ارتفاع في درجة الحرارة بنسبة هذا الاحساس ويضم  
لذلك صداع جهي شديد وازدياد في ضربات الشرايين الصدى غسمة وتكسر  
في الاطراف واحساس بالام في المفاصل يزداد بالضغط فيكون وصف الحمى  
حينئذ نزليا روماتيزميا واذ اقتصدت الشهية وتغطى اللسان بطبقة سمكية  
يسمى بعضهم بالحمى المعدية النزلية الروماتيزمية وبالجملة فان الحمى النزلية اهذا  
المرض تصنف باحساس بضعف عظيم جدا بحيث لا يكون بنسبة الارتفاع  
القليل لدرجة الحرارة وبسرعة النبض التي يندوان تجاوز ٨٠ أو ١٠٠  
ضربة في الدقيقة وفي الاطفال والاشخاص الكثرية التهيج ينضم لذلك  
هذيان احيانا بل تشجات في بعض الاحوال النادرة في الاطفال الكثرية

الاحساس وهذه الاعراض تحدث اضطراراً عظيمياً لاهمات الاطفال بل  
والاطباء الى أن يحصل سيلان غزير من الانف او اعطاس يزول ظن  
تكون آفة في المخ وفي مثل هذه الاحوال ان كان الطبيب قد أصر في اليوم  
السابق بإرسال العلق على الرأس وكان عند مريض من حالة المريض يزول  
رئيه متى انضغ في اليوم التالي السيلان الغزير من الانف بل ويتضح أيضاً  
للعوام ان المرض ليس يثقل ثم ان الانتهاب الترنى للقصبة الهوائية  
والشعب الغليظة الذي لا يكون مصحوباً دائماً بحمى نزلية بل قد يقطع سيره  
من الابتداء الى الانتهاء بدون حركة جية يكون مصحوباً في الغالب  
باحساس مؤلم على مسير القصبة الهوائية ونظف القص كالاحساس  
بالغدغة او بدخول غازات ساخنة في الصدر كالاحساس بحرقان أو يجرح  
فيه ولا يندران يكون جلد القص مع ذلك متزايد الحساسية ويعتبر ذلك  
ظاهرة انعكاسية أي تها منقلاً بواسطة بعض العقد العصبية المركزية من  
الاعصاب الحسية للغشاء المخاطي الشعبي الى الاعصاب الجلدية

والسعال في هذا المرض لا يكون مؤلماً جداً كما ذكرنا ذلك في الانتهاب الترنى  
الحاد للغشاء المخاطي الخجزي ذي الاعصاب الكثيرة وهناك قد نعمة  
الصوت والبصاق يكون في الابتداء قليلاً او مفقوداً بالكليمة ثم يصير النقت  
فيما بعد غزيراً وحيث ان الاقراوات تكون آتية من الشعب الغليظة  
فأقل حركة سعالية تكفي في انقذافه فيص المريض بسهولة اشغال  
وخرج البلغم وفي الابتداء يكون النقت المتقذف شفافاً زجاجياً ثم يصير  
مصفرأعكراً

ومن الواضح انه لا يوجد في الانتهاب الترنى للقصبة الهوائية والشعب  
الغليظة ضيق في التنفس نعم يشتكي المريض باحساس بثقل في الصدر فان  
انتفاخ الغشاء المخاطي الشعبي وغزارة افرازه وان عظماء لا يجدان ضيقاً  
عظيماً في القطر الواسع لهذه القنوات الهوائية والقرع في هذا المرض  
لا يظهر تفسيرات في الصدر فان عوجات جدره واحتواء الرتين على الهواء  
يبقيان على الحالة الصحية كما ان التسمع لا يظهر تغيرات في كثير من الاحوال  
أعني انه يسمع اللقط الشفطى للتنفس الذي يحدثه الهواء الداخل بالشهيق

في محل انقسام القروع الشعبية الدقيقة وفي الحويصلات الرئوية وهذا  
 اللفظ هو المسمى بالتنفس الحويصلي فينتدق اعترى المريض سعال وخرج  
 منه نفث وظهرت بقية اعراض الالتهاب الشعبي ولم يسمع في الصدر  
 الا تنفس حويصلي جاز أن يكون هناك التهاب شعبي نزلي في الشعب الغليظة  
 دون القروع الشعبية الدقيقة ثم اذا كان الغشاء المخاطي الجذوع الشعبية  
 الغليظة مستقيماً انتفاخاً عظيماً في صفر محدود او تجمع عليه مواد مخاطية  
 لزجة في صفر محدود أيضاً نشأ عن احتكاك الهواء عند مرور من الشعب  
 كرو من أنبوبة أغطشيه بالخرخرة الممزجة او الشخير يسمى باللفظ الشخيري  
 وباللفظ الرنان وهذا اللفظ لا يسمع فقط عند وضع الاذن على الصدر أعلى محل  
 منشأ هذا اللفظ بل في امتداد عظيم من الصدر ويكون مصحوباً في الغالب  
 باهتزازات محسوسة في جذر هذا الصوف وأما اذا اجتمعت كمية عظيمة من  
 الإفرازات المخاطية في الجذوع الشعبية الغليظة وتراكمت فيها فانه ينتج عن ذلك  
 سبب تحرك هذا الإفراز ووقته قطع عند مرور الهواء تكون حويصلات  
 ممتلئة بالهواء تمزق بسرعة فتسمع حينئذ خرخرة فقاعية ولكون هذه  
 الحويصلات أعظم حجماً من الحويصلات التي تكون في القروع  
 الشعبية الدقيقة تسمى هذه الخرخرة بالخرخرة الفقاعية الغليظة تميزها  
 عن التي تحصل في القروع الدقيقة الشعبية المعروفة بالخرخرة الفقاعية  
 الرقيقة

ثم ان الالتهاب النزلي للقصبة الهوائية والشعب الغليظة الذي تسميه العوام  
 بالنزلة الرئوية الحقيقية يكون في الغالب ذا سير جدي سريع فالجى نزول شديداً  
 نفسياً اذا كانت مصاحبة له وينتقدف بواسطة السعال نفث مخاطي قيحي  
 متجانس خصوصاً عند الصباح ثم يزول بالكلية هو وبقية اعراض هذا  
 المرض

واما اعراض الالتهاب النزلي الحاد للقروع الشعبية الدقيقة فتختلف  
 باختلاف السن من باو غ وطفولية اولى وثانية فاما البالغون فيكون هذا  
 المرض فيهم عند امتداده في القروع الشعبية الدقيقة معصوباً غالباً  
 بالاعراض الحسية العلهمة التي تقدم تسميتها بالجى الغليظة ثم ان القروع

الشعبية الدقيقة لعدم احساسها اذا كان الالتهاب الترنى فاصرا عليها  
لا تكون مجلس الاحساس بالغدغة او الحرقان ولا للاحاساس بالجرح  
الذى يكون معموبا به الالتهاب الترنى للقروح الشعبية الغليظة فاذا حصلت  
الآلام في مقدم الصدر او في جانب مده صير هذا المرض دل ذلك على عروض  
مضاعفة نعم من الجائز حصول آلام في محل اندغام عضلات الصدر والجهة  
العليا من البطن عند استقرار هذا المرض زمانا طويلا بسبب زيادة تعب  
العضلات البطنية من حركات السعال الشديدة وهذه الآلام التي تشاهد  
في غير عضلات البطن عند ازدياد تعبها ومشاقها تزيد عند ترشح البانها  
خصوصا بالسعال ولذا ترى المريض يضطر من تعبها الى الجلوس وقت  
السعال لاجل ارتخاء عضلات البطن

والسعال في هذا الشكل أشد منه في الشكل السابق ونوبه اكثر طولا  
ولا ينحل النفت فيه بسهولة بمعنى ان المريض يعسر عليه قذف الافراز  
الخاطى من القروح الشعبية الدقيقة بالهواء المنفذ من الحويصلات  
الرئوية بحركة السعال والنفت الذى يكون هنا ايضا قليلا في الاستدائ يبرز  
بكثرة فيما به يدويكاد التغيرات التي ذكرناها مده صير هذا المرض و يظهر  
هيئة مخصوصة اذا ألقى في الماء فان الافراز الترنى المائى للقريعات الشعبية  
الدقيقة يكونه غير مختلط بالهواء يكون اكثر قلا من الماء فيغمس فيه  
لكن لكونه دائما سلك وزوجة لا يحفظه كل القريعات الشعبية الدقيقة  
بل يلصق مع ذلك بالافراز الشعبي الخفيف الزبدى المختلط بالهواء الا ترى من  
الشعب الغليظة الذى هو أخف من الماء العائم على سطحه ولذا ترى النفت في  
الالتهاب الشعبي الحاد مكونا لطبقة زبدية عائمة على سطح الماء عمتق بها  
اخبطة دقة من مواضع خاطبة لوجه ساقطة الى اسفل

والالتهاب الترنى للقريعات الشعبية الدقيقة متى كان عظم الامداد  
يصطب داما يضيق في النفس لكن ضيق النفس في البالعين لا يظهر غالبا  
الا بعسر وتعب في التنفس ويتيسر لهم دائما جذب الهواء الى الحويصلات  
الرئوية فلا يكاد يوجد في المريض احساس بضجر واختناق وحيث ان  
هذا المرض عند البالغين لا ينتج عنه الامكادات خفيفة وينتج عنه عكس

ذلك في الاطفال اعراض شديدة جدا مهددة لحياتهم التزمنا ان نشرح  
كلامنا هذين الشككين على حدة وقد ينضم للالتهاب التزلي للقروح الشعبية  
الدقيقة في البالغين عسر عظيم في التنفس ذو نوب ودوية الا ان هذا التردد  
الدوري يثبت ان الالتهاب التزلي مضاعف بمرض عصبي في العصب الرئوي  
المعدي به تنقبض الطبقة العضلية للشعب اتقوا ايضا تشخيصا

ثم ان صوت القرع على الصدر في هذا الشكل من الالتهاب الشعبي لا يتغير  
كما انه لا يتغير في التهاب الشعب الغليظة نعم بالتسمع يسمع في القريعات  
الشعبية الدقيقة عقب استفاخ غشائم الغضاطي بدلا عن الخسائر الرئاة  
التضخيمية خراخر مفرية ومتى حصل ازدياد في المرض وازداد الإفراز  
المرضي الشعبي احست الاذن المتسعة بخراخر فقاعية دقيقة وذلك لان  
الفقاعات العظيمة لا يمكن تشكلها في الشعب الدقيقة

والالتهاب التزلي للقروح الشعبية الدقيقة في البالغين ينتهي عادة بعد ٨  
ايام او ١٤ فتخط الحى ويزول كل من السعال والنفث وعسر التنفس  
الخفيف المصاحب له ما فوق احوال اخرى يتقل الى حالة التزلة الشعبية  
المزمنة ويندر أن ينتج عنه شطر عظيم

وذلك انه متى حصل هذا الالتهاب التزلي الحاد للقريعات الشعبية الدقيقة  
في الشيوخ والشباب المنهوكين وكان معصوبا بجميع شديدة اكتسبت  
الحى المذكورة صفة الصدف وانضمت له اعراض يعبر عنها باعراض الحالة  
العصية وهى حالة تخشها العوام جدا فتضطرب الحواس ويحصل هذيان  
او كوما اى سبات ويشاهد ههنا ايضا جفاف عظيم جدا في اللسان وهذا  
العرض الاخير مهم جدا من حيث تخصيص هذا المرض والحكم على العاقبة  
فيه وبصير النبض صغيرا جدا غير منظم او متواترا بالكلية والجلد الذى كان  
جافا في الابتداء يكون مندى على الدوام بهرق غزير وتظهر خراخر فقاعية في  
المصدر غليظة او دقيقة على حسب مجلسه من الشعب الدقيقة او الغليظة  
لاتزول عقب السعال ثم ينتهي الحال بظهور خراخر ذات فقاعات غليظة  
عظيمة جدا بحيث تسمع من بعيد وتحصل في القصبة الهوائية ثم ههنا  
نسمى عند العوام خراخر او غرغرة الموت ويكون المريض في اثناها فاقد

للادوار فتعلن بقرب الانتهاء المحزن وإذا كان الاقدمون يسمون المرضى في  
 مثل هذه الحالة بالالتهاب الرئوي الشعبي والشيخون فيان المريض هنا  
 تنهى حياته في أيام قلائل بالتهاب شعبي نزلي بسبب طلكن الخطر هنا لا ينتج  
 عن ثقل المرض وشبهه بل عن حالة الشخص نفسه فان جميع الامراض التي  
 تصيب الشيخ والاشخاص المنهوكين سيما الامراض الحمية تكون  
 على الدوام مهددة لحياتهم فان الحى التي من اعراضها الملازمة ارتفاع درجة  
 الحرارة ومن اسبابها الأولية ارتفاع حركة الاحتراق العنصري وازدياد حركة  
 التحليل العنصري تنمك بسرعة في مثل هذه الاحوال مانق من القوة  
 الحيوية الضعيفة في مثل هؤلاء الاشخاص وجميع هذه الظواهر ليست  
 خاصة بمثل هذا المرض فانه يحصل بأى مرض حى ينمك الجسم ويمكن  
 الطبيب في مثل هذه الاحوال التعرف بنجاة المريض ان لم تكسب حالة المرض  
 الصفة العصبية فانه يشاهد دائما ان وظائف الدماغ تضارب قبل حصول  
 الانتهاء المحزن وذلك لكون تغذيته تتم بصورة مرضية من تحمل الدم وانتهائه  
 بمواد الفساد والاضلال الغريبة وان اللسان جاف وذلك لان جراً عظيماً من  
 المواد المائية للجسم يتصاعد بخاراً من ارتفاع درجة الحرارة وان النبض يصير  
 صغيراً متواتراً جداً فوالانتهاء كما يكاد يحصل ذلك في جميع الامراض الحادة  
 وان الطبقة العضلية للجلد تنشل فيسترخى الجلد ويتبدى بعرق غزير يعرف  
 بعرق الموت ومثل ذلك يقال في الشعب فانه بالتقياض طبقتها العضلية يتقذف  
 الافراز المستراكم في الشعب فان انشلت تراكم الافراز فيها وانضم له اودعها  
 الرقيق وحصل الاختناق من تراكم الافراز ولا جرم أن خطر هذا الشكل من  
 الالتهاب الشعبي المعروف بالالتهاب الشيخونى الذى هو في الحقيقة ليس  
 الالتهاب نزلياً فقام مصيلاً لاشخاص منهوكين بالالتهاب الشعبي النزلي المزمن  
 الذى ينتج عنه استرخاء في الطبقة العضلية الشعبية في حد ذاته

وأما التزلة الشعبية الحادة للشعب الدقيقة في الاطفال فان اعراضها تكون  
 فيهم ثقيلة للغاية لان الالتهاب النزلي الحاد اقربوع الشعبية الدقيقة وان كان  
 غير خطر في البالغين وخطراً في الشيوخ بسبب الحى المصاحبة له فقط يكون  
 في الاطفال ثقيلاً لخطر للغاية بسبب الضيق الطبيعي للشعب فيهم ولابدأ



بالكلام هنا على الالتهابات النزلية الشديدة للشعب الدقيقة التي تظهر من  
التسنين وتكون خطرة جدا في الاطفال وهي المعروفة بالالتهابات  
الشعبية الشعبية ولا مانع من تسميتها بذلك مادامت حالة مرضية ليست  
مخالفة للتغذية المرضي المنزلي الذي نحن بصدده فنقول هذا المرض يبتدئ  
احيانا بطواهر التهاب تنزلي في القصروع الشعبية الغليظة فيكون في  
الظاهر غير ضار لكن كلما امتد الالتهاب في القروع الشعبية الضيقة الدقيقة  
ازداد امتساع الهواء عن النفوذ والمرو من الحويصلات الرئوية فلا يقتصر  
الحال حينئذ على الاحساس بالتوعك كما يحصل ذلك للبالغين متى اصابوا  
بهذا المرض بل يظهر في الاطفال احساس في الصدر بالضيق والضجر  
العظيمين اللذين يصابان على الدوام بعدم دخول مقدار كاف من  
الاوكتجين في هذا التجويف ووقوف خروج حمض الكربون منه فيتضخم  
حينئذ في الطفل المصاب بالالتهاب الشعبي الشعري الذي تكون فيه  
الالتهابات الدقيقة للقروع الشعبية متضايقة او منسدة بواسطة الالتهاب  
التنزي البسيط عين القاق والضجر والجهودات التنفسية الشاقة والبأس التي  
شرحناها في الالتهاب الخنجري ذي الغشاء الكاذب بحيث ان الطبيب عند  
دخوله على الطفل المريض يجمع قربه من فراشه انخراسا صغيرة والازير  
التي يحسبها الهواء المدفوع به وتمن القنوات الهوائية المتضايقة وهذه  
انخراسا الصغيرة تعصب كلا من الشهيق والزفير ويسهل تمييزها عن الالفاظ  
التنفسية الصغيرة للالتهاب الخنجري ذي الغشاء الكاذب فانه يتضخم بسهولة  
انها ليست متكونة في قناة واحدة متضايقة بل في جملة قنوات دقيقة فان  
تركت قوى الطفل المريض على حالتها ولم تضعف بواسطة الاستقراغات  
الدموية او المقيئات امكنه جذب الهواء في الحويصلات الرئوية مدة طويلة  
بواسطة الجهودات التنفسية الشاقة ويصير وجه الطفل في اثناء نوب  
السعال الشديدة المتعبة التي لا ينقذ فيها الاقليل من النفس (فان الطفل  
يزداد غلظه) ذا لون محمر ومزرق فانه في اثناء نوب السعال المدكورة ينضغط  
ما احتوى عليه تجويف الصدر من الاعضاء ويصير سير الدم في الاوردة  
الودجية معوقا كما يحصل ذلك في كل سعال شديد شاق غير ان الطفل في غير

وقت نوب السعال يكتسب لونه الطبيعي وتتمكس الصورة المرضية فيما بعد  
مستحق لم يكنه ادخال كمية كافية من الهواء في الحويصلات الرئوية  
(وكثيرا ما يكون هذا من خطأ الطبيب) سواء انقطعت قوى الطفل فلم يمكنه  
فعل انقباضات عضلية قوية بعضلات الشهيق كالتي يستدعيها العائق  
الموجود في الشعب أو ازداد العائق المذكور نفسه ازدياداً عظيماً بحيث  
يستدعي عدد عظيم من الفروع الشعبية فينتد بصير النقص صغيراً بعد أن كان  
عظيماً مثلثاً والجلد الحار بارداً والوجه منتفخاً باهتاً بعد أن كان محمراً والضجر  
يقترن الى حالة النبات وتضع الحالة المعلومة لتسم الحاد بمحض الكبريون  
ولا يعسر علينا معرفة درجة عظام الخطر متى اعتبرنا الامور الآتية وذلك انه  
مادام كل من القسم الشراسبي والمراقيز يجذب ويعزز في اثناء الشهيق يدل  
ذلك على دخول الهواء في الحويصلات الرئوية بكمية كافية وأما متى رأينا  
عكس ذلك بمعنى ان كلا من الحفرة فوق الترقوة والقسم الشراسبي ينخسف  
ويهبسة حركة الشهيق انخسافاً عظيماً والاضلاع السفلى تجذب الى  
الداخل فان ذلك يدل مع التأكد على تخلخل الهواء المحتوية عليه الحويصلات  
الرئوية فانه مع ضيق الشعب لا يمكن تجدد الهواء في الحويصلات المذكورة  
وبعبارة أخرى بصير التنفس غير كاف وهذا العرض آخر مهم يدل على النقص  
غير الكافي (وهذا العرض غير معني به الى الآن أو يوجه توجهاً غير  
مصيب) وهو تجذب كل من قسم الحفرة فوق الترقوة وتحتها وضعف حركات  
التنفس في هذين القسمين من الصدر بحيث ان امهات الاطفال كثيراً  
ما يلاحظن قبل الطبيب ان الطفل صار صدره مرتفعاً جداً راقياً اثناء  
مرضه وهذه الظاهرة تتعلق باستقرار حالة توتر الحويصلات الرئوية كالتي  
تحصل في اثناء كل شهيق قوى ولا ينبغي اختلاطها بالانقباض الرئوي  
الحويصلية فان ذلك عبارة عن استمرار الحويصلات الرئوية في حالة شدة  
التمدد التي يمكن ان تصل اليه في الحالة الطبيعية في اثناء الشهيق القوى واما  
في الانقباض الرئوي فالامر بالعكس فانهم اعباء عن تمدد الحويصلات الرئوية  
غداً زائداً عن الحالة الطبيعية فكلتا الحالتين محالان لبعضهما حينئذ  
ومن المستغرب اختلاطهما ببعضهما كثيراً ان كيفية حصول تمدد

الحويصلات الرئوية المسقرة عند الشهيق يظهر عسر الايضاح متى اعتبرنا  
 كيفية حصول حركات التنفس الطبيعية اعتبارا واسطخافاته يظهر من  
 القريب للعقل ان العوائق التي يجلسها الشعب الدقيقة كما يمكن قهرها  
 بجهودات عضلات الشهيق تنفهر أيضا ولا بد بجهودات عضلات الزفير  
 حيث ذات التجاريب على ان بجهودات عضلات الزفير أقوى من جهودات  
 عضلات الشهيق وبعبارة أخرى ان قوة ضغط الزفير أقوى من قوة ضغط  
 الشهيق كما يعبر به القسبو لوجيون ومع ذلك لو اعتبرنا حالة الزفير الشاق وحالة  
 الرئة التي اعتراها الالتهاب الشعبي الشعري الشديد الممتد لا تضح لنا عكس  
 ذلك فانه في أثناء الزفير الشاق يندفع الحجاب الحاجز الى اعلى بواسطة انقباضات  
 العضلات البطنية القوية فيضغط على الرئة ضغطا شديدا لكن هذا الضغط  
 كما انه يقع على الحويصلات الرئوية يؤثر كذلك في القروغ الشعبية  
 المتضايقة ولذا يحصل بالزفير الشاق في الأشخاص السليمين انضغاط التفرعات  
 الشعبية الدقيقة بحيث يظهر فيهم انقطاع مسقري عندئذ كانت تلك القروغ  
 الشعبية الدقيقة متضايقة بواسطة الالتهاب المزلي فلا بد وان تنسد بالكلية  
 عند الزفير العنيف فالحويصلات الرئوية لا يمكن استفرغها في الهواء فان  
 الضغط يزيد في انسداد فوهاتهم ولذا كانت الرئة التي اعتراها هذا المرض  
 لا يمكن تصغير حجمها بالضغط عليها من الظاهر ولو بعد نزوعها من الحنة والذي  
 ادانا الى هذا التوجيه البسيط كثر ملاحظة المرضى التي تتم حركات  
 الزفير بواسطة جهودات العضلات البطنية والذين يكون الزفير فيهم شاقا ولا  
 يسمع لهم نواخر أو الغاطص صغيرة الامدة الزفير الشاق المذكور وعند وضع  
 الاذن على الصدر والسمع لا يسمع الا انثرخرة الصغيرة الممتدة فانه لا يدخل  
 في الحويصلات الرئوية الا قليل من الهواء مع البطء العظيم بحيث لا يحدث  
 اللغط التنفسي الشغلي المعبر عنه بالتنفس الحويصلي حتى ان حصل هذا  
 اللغط الاخير الطبيعي وتم في بعض اجزاء الرئة تغلي واختفى بالثرخرة الصغيرة  
 ثم فيما بعد اى عند تقدم سير المرض تسمع نواخر فقاعية دقيقة ممتدة

وأما الالتهاب الشعبي المزلي للمولودين جنيدا فكثر ما يعتري هؤلاء الاطفال  
 التهابات نزلية في المسالك التنفسية سيما متى لم تحفظ من تأثير البرد عند غسلها

واستحمامها حفظا جيدا واعراض هذه الالتهابات التولية وان كان التغيير  
 المرضي فيها واحدا يكاد لا يوجد لها أدنى مشابهة بالاحوال التولية المتقدمة  
 ذكرها والمرض في مثل هذه الاحوال يكاد لا يعرف على الدوام من الاطباء  
 الخالين عن المعارف القسيولوجية فيظنون ان الطفل مصاب بمرض عضوي  
 في القلب ويرون ان الموت المجهل له فيه راحة ومنه هو الاطفال يكون  
 قد حصل لهم عطاس وسعال خفيف زمانا فمنا وجهه ظاهر بنو فيهم يسيل  
 عظيم للنعاس بحيث ان اهلهم يفرحون من سكوتهم فلا يتيقظون للسكوت  
 السطحي الموجود فيهم ولا يندب الطبيب بل اذا نذب لا يجد اجمية البصع عن  
 حالة النفس ثم يحصل في حالة الطفل تغير عظيم فجأة فيصير الوجه باهتا وقرانيا  
 مزرقا مثل لون باقي الجسم والانس مدنيا والاعين تنقف للمعانها ويرفضي  
 ذراعا الطفل ونحوه وتتناقص الحرارة الجارية ويصير توزيعها غير  
 مستوفيشخص انه مصاب بحالة سيانوزية حادة وبذلك تتخلط الاحوال التي  
 فيها تحصل الاحتقان الاحتباسية العظمية في المجموع الوريدي مع  
 الاحوال التي فيها تكتسب الشفتان الباهتان لونا مزرقا قبل الموت وهذه  
 الاحوال تشاعن توزيع الدم الذي يوجد في الجنة وهو ان الشرايين تصير  
 فارغة منقبضة وتندفع مخصلاها في الاوعية الشعرية والاوردة  
 وتوجيه الاعراض المذكورة سهل وهو انه مادام المرض قاصرا في مثل  
 هؤلاء الاطفال المولودين جديدا على الزكام والحالة التولية للشعب الغليظة  
 كان المرض في الحقيقة غير خطرم فيما بعد يمتد الالتهاب التولي الى القرو  
 الشعبية الحقيقية وحيث ان هذه القنوات ضيقة جدا بطبيعتها فانها تسد  
 بسهولة والطفل القليل التمرجدا لا يمكنه مع ذلك فعل مجهودات تنفسية  
 قوية لاجل قهر العائق والالفاظ المرضية اي الخراخر الصغير التي تشأ  
 في مثل هذا المرض تنقف بالكلية فلا يرتكن اليها في التشخيص كما ان الطفل  
 في مثل هذه الحالة لا يوجد فيه سعال شديد مثل طفل متقدم عنه في السر  
 حيث ان المقصود من ثوب السعال تبعيد العائق التنفسي جزأ منها غير ارادي  
 والجزء الاخر يتم بالارادة وليس للطفل المولود جديدا تجارب وادراك حتى  
 يستل لاجل اتمام هذا المقصد ولذا تظهر بسرعة ظواهر التسم الخاد

بعض الكرون ظهور الجائحات في امتداد التهاب التزلي الى القروح  
الشعبية الدقيقة

ثم اذا تبصر احداث صباح وقا يوفي الطفل به ما تحصل حركات تنفسية قوية  
دخل الهواء بكمية كافية احيا نافي الحويصلات الرئوية فتزول ظواهر  
التشميم بضمض الكرون شيئا فشيئا وكذا ظواهر الشلل وحيث يتدنى القلب  
في الانقباض بقوة فان الدم يسيل من جديد في الشرايين ومنها الى الاوردة  
ومنها الى القلب ثانيا فترجع الدورة الى حالتها الطبيعية وبهم ايعود اللون  
الطبيعي للجلد والحرارة أيضا

وكثيرا ما تتكرر النوب المذكورة فلا يمكن زوال الاماكن الساذل للشعب  
وسلو كما فتملك الاطفال في النوب التالية فان لم تفعل الصفات التشريحية  
بالدقة مع عدم معرفة الحالة تبقى سبب الموت خبيا غالبا ما يوجد هبوط تمدد في  
الحويصلات الرئوية المعروفة بالانكسار يا صاحب ذلك فلا يصح بالدقة  
عن حالة الشعب بسبب عدم وجود الظواهر المرضية للالتهاب الشعبي  
الشعري التزلي مدة الحياة

واما الالتهاب الشعبي التزلي المزمن فان الاعراض التي شرحناها في الالتهاب  
الشعري التزلي الحاد لا تتغير فيه الا قليلا وهذا الالتهاب مرض كثير الانتشار  
جدا ومجلى غير المرضي في هذا الشكل لا يكون قاصرا على بعض اجزاء  
الغشاء المخاطي الشعبي كافي الالتهاب التزلي الحاد للشعب بل التغييرات  
المرضية التي شرحناها فيما تقدم تمتد في القصبة الهوائية الى التفرعات  
الشعبية الدقيقة نارة كثيرة الوضوح ونارة قليلة

وحصول هذا المرض يكاد يكون دائما عقب تردد الالتهاب الحاد للشعب في  
فصل الشتاء والربيع والخريف واستمراره زمنا طويلا واما في أثناء الصيف  
فتتجدد المرض منه أوب ككون في حالة مظافة الى ان تصير اعراضه مستمرة  
وأصعب اشكال هذا المرض واشدها تعبا للمريض الشكل الذي فيه يوجد  
افراز شعبي سيحيا في لزج ممتاسك بالغشاء المخاطي المنتفخ واما اشكال هذا  
الالتهاب المحصور بانفسراز غزير مانع مصفر فانها تكون قليلة المشقة على  
المرضى وفي الشكل المذكور واولا (الذي سماه الم لايفيك) بالنزلة الشعبية

الجلافة تكون نوب السعال المؤلمة المستطيلة هي الموجبة لتعب المريض  
ومساقفه (بسبب لزوجة الاثر الشهي وتراكمه في الشعب الدقيقة) وفي اثناء  
نوب السعال المذكورة يحصل من عوق استقراغ الاوردة الودجية انتفاخ  
في اعظم فيصير الوجه أحمر قائما او مزمزقا والاعين دامعة ويسيل من الانف  
نقط مائعة ويحصل للرأس نالم كأنه يتمزق بحيث تقبض المرضى عليه بأيديهم  
قبضا تشجيا وكثيرا ما يحصل في الاوردة التي تهبط في اثناء نوب السعال  
حالة دوالية فتظهر اوعية ضخمة مخبئة مزرقة على الوجنتين وجناسي الانف  
ولو بدون تكون الاقزيميا الرئوية وكثيرا ما تنتهي نوب السعال  
الشديدة بغثيان وفي من ضغط العضلات البطنية المنقبضة على متحصل  
المعدة

وضيق النفس يصاحب هذا الشكل في الانتاب الشهي أكثر منه في  
الانتاب الشهي التزلي الحداد فان الغشاء المخاطي في هذا الشكل يكون كثير  
الانتفاخ كما ذكرنا فيما تقدم وبذلك يتعمر دخول الهواء في الحويصلات  
الرئوية وضيق النفس هذا قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا فيبر عنه بضيق  
النفس الرطب وذلك متى طرأ على حالة الانتاب الشهي التزلي المزمن حالة  
تميج حاد في الغشاء المخاطي المذكور كما يحصل ذلك بكثرة عقب التعرض ولو  
قليلا للهواء البارد الجاف الذي يؤثر بشدة في مثل هؤلاء المرضى فيوقعهم  
في حالة متفرعة جدا بحيث يلجئون الى الجلوس المستقر في فراشهم او على كرسى  
هم متكزين على أيديهم لاجل مساعدتهم على اتساع تجويف الصدر

ثم ان ضيق التنفس المستمر وزيادة مجهودات عضلات الشهيق المستمرة يفتح  
عنها ضخامة في العضلات المذكورة سيما العضلتين الترقويتين القصيتين  
الحليتين والعضلات الاخعية بحيث انها تبرز على جانبي العنق على هيئة احبله  
قوية وتكون العضلات المذكورة الضخمة في حالة انقباض مستمر خفيف  
بجميع العضلات الواقعة في الضخامة فكما ان الحدادين والبياطرة مثلا  
لا يمشون واذرعهم منفرجة بل منتبیه قليلان فكذلك المرضى المصابون  
بفرلات شعبية مستمرة يمشون وصدرهم منجذب نحو الرأس فيظهر العنق قصيرا  
غلظا والصدر محدبا بدون أن يحكم بالطواهر المذكورة على وجود اقزيميا

ثبوت مضاعفة للثقل الشعبية المزمنة كما يظن عادة

وفي مدة الثورات الشديدة القوية المستطيلة للثقلات الشعبية المزمنة لا يندر أن توجد الاوردة الودجية ممتلئة امتلاء عظيما وقد يظهر السيانوز اى اللون المزرق للوجه والجلد والاستسقاء العام في بعض احوال كثيرة وحيث ان كلاما ممتلئا الاوردة الودجية واللون السيانوزي والاستسقاء العام يزول عقب المعطاطورات هذا المرض فلا شك ان الظواهر المذكورة ناشئة عن الثقل الشعبية المزمنة نفسها وليس عن مضاعفات ثانوية كجانب من السيانوز والاستسقاء في التهاب الشعي الثقل الجاف ليس عسرامتي علما ان المرضى في الازمنة التي فيها تكون الشعب متضايقة تضايقا عظيما تفعل انقباضات قوية في العضلات البطنية في اثنا حركة كل زفير وبهذا الفعل العضلي القوي تحدث ضغطا قويا على الاوعية الكائنة داخل التجويف البطني ويهوى استنراغ دم الاوردة في تجويف الصدر وانصبابه فيه وذلك بسبب عدم سهولة خروج الهواء من الحويصلات الرئوية ومروءه من القروء الشعبية المتضايقة وتترى عند الكلام على الانزعاج الرئوي ان الثقل الشعبية هي السبب القوي في احداث السيانوز والاستسقاء عند المرضى المصابين بهذا المرض

وتغيرات صوت القرع ولواتم انشاهد بكثرة في احوال الثقلات الشعبية المزمنة لا تتعلق بهذا المرض نفسه بل تتعلق بحالة مرضية اخرى تعقبه بكثرة وهي الانزعاج الرئوي فعند السمع يسمع غالبا افاط صغيرة ويندرجها مع افاط رنانة وفي احوال اخرى يسمع خراخرا فقاعية صغيرة ومع ذلك قد يكون التنفس الحويصلي طبيعيا لكن احيانا قد يكون ضعيفا عند انسداد جلة فروع شعية وفي احوال اخرى يكون حادا وذلك فيما اذا لم يوجد اتساق الغشاء المخاطي الشعي لانسداد الشعب بل اضيقه ما نقط اذ بذلك يحصل عدم تناسب بين متسع هاتيك القنوات وتلايا الرئوية

وقليل من المرضى من يشفى من هذا المرض غير انه من المآدر ان يخاطر بحياة المريض ولذا فنقول العوام في مثل هذه الاحوال انه يسعل مثل شيخ طاعن في السن وفي الواقع مثل هؤلاء المرضى يصل الى سن عظيم حتى يطأ على

مرض آخر كالالتهاب الرئوي الشخوني وفي احوال أخرى يهلك عقب  
 حصول تغيرات مرضية في الجوهر الرئوي يؤدي اليها الالتهاب الشعبي  
 النزلي المزمن (كما سياتي بيان ذلك عند الكلام على الاتقزيم الرئوي)  
 والالتهاب الرئوي الخلقي) وهناك شكل آخر غير تشكل النزلة الشعبية  
 الخفية الذي يكون فيه النفث كاذباً كذا قليلا مخاطيا لزجا كثيراً وقليلًا وهو  
 شكل النزلة الشعبية المزمنة لمصوبة بنفث غزير جدا ويعبر عنه بالسيلان  
 الشعبي والنفث في هذا الشكل يكون من مادة مخاطية صديدية غزيرة محتوية  
 على فقاعات هوائية كثيرة وقليلًا ولا يغطي في الماء وكثيرا ما يتخذ في  
 هذا النفث الكثير انخلايا الجديدة السكونين فهو الرطل وأكثر في ظرف يوم  
 وهذا النفث يكون غزيرا في اثناء الشتاء قليلا في الصيف

والسعال الذي يتخذ في نفث قليل الزوجة لا يكون متعبا مولما مستمرا كما  
 في الشكل السابق وضيق النفس كذلك يكون قليلا فان مجلس السيلان  
 الشعبي يكون في الشعب الغليظة ويحدث في الحقيقة تمزدا منتشرا أكثر منه  
 في الشكل السابق وانما في الاحوال التي ينضم فيها الحالة المرضية المزمنة في  
 الشعب تهيج حاد يزداد اتفاخ الغشاء المخاطي ويزيد ضيق النفس تبع لذلك  
 وفي اثناء حصول هذه التورافات الحادة يقل تكوين الاخيلة على سطح  
 الغشاء المخاطي فيصير النفث قليلا ولذا اقلن المرئى ان النفث متراكم في  
 صدرهم فلا يفصل وكثير من اطباء امن بعمق هذا الظن ويتجهون لاستعمال  
 المنفثات الشديدة التأثير حتى حصل قلة في خروج النفث وازداد ضيق  
 النفس

وعند التسمع يسمع في هذا الشكل من الالتهاب الشعبي النزلي المزمن ألقاط  
 ضخيرة أو خراخر قعاعية صغيرة أو عظيمة

ومن الجائز ان المرضى تحصل هذا المرض زمنا طويلا فلا يندران تصلبه  
 الى سن عظيم قبل ان ينشأ عن السيلان الشعبي المعروف بالنزلة المخاطية  
 ما يسمى بالسل المخاطي وكان الشكل السابق يؤدي لحصول الاتقزيم الرئوي  
 يؤدي هذا الشكل بالاكثر لقد الشعب والمرضى لا تملك في هذا المرض من  
 غزارة الافرازات الهوكية التابعة لها الا نادرا بل الغالب هلاكهم من امراض



اخرى نظراً عليهم

ثم ان القدد المنتشر للشعب لا ينوع الصورة المرضية للسيلان الشعبي المزمع في جميع الاحوال بل ولا في غالبها تنوعاً عظيماً بحيث لا يمكن معرفة هذه المضاعفة مع التأكد لكن حالة النفت وخواصه قد يمكن الحكم منها احياناً على وجود القدد الشعبي المنتشر وتخصيصه وهو ان التجارب دلت على ان افراز الغشاء المخاطي الشعبي يندثر ان يعثر به الفساد والتعفن مادامت الشعب حافظة لاتساعها الطبيعي واما متحصل الشعب المتقدمة فتدامت نشرها وتقدد احببياً فالغالب ان يعثر به الفساد والتعفن وسنذكر قريباً به ايضاً الظاهرة المعلومة من ان متحصل الكهوف الشعبية أكثر فساداً وتعفناً من متحصل الكهوف الجنبية وما يعلو من ان متحصل الشعب المتقدمة تتقدد منتشرة ميل عظيم للتعفن والفساد يكاد يدل على لالة قوية زيادة عن الحركات الاهتزازية في الخلايا الهيدسية والسعال على ان الاقباضات العضلية من عضلات الشعب لها دخل عظيم في انقذاف النفت وان شال الطبقة المذكورة الذي هو الرئيس في القدد الشعبي يعين على ركود الافراز المرضي في الشعب وتراكمه وفساده في وجد النفت الغزير الصديدي الذي ينقذ من المريض في أحوال النزلات الشعبية المزمنة مائماً انغماساً واضها وانتشرت منه رائحة منتنة كريهة وسط الافراز المذكور في الماء بسبب فقد لزومته وتماسكه بطروا الفساد والتعفن فلم يبق متعلقاً بالماء ووجد فيه رسوبات مخضرة اوسد جنبية متراكمة ذات رائحة كريهة منتنة جداول هذا مع التأكد تقريباً على وجود القدد في الشعب والبحث بالمكروسكوب عن هذا النفت يتضح انه يحتوي على خلايا جديدة التكوين حافظة لشكلها وعلى خلايا أخرى معتريه الاستحالة الشحمية وعلى اجزاء أخرى فاسدة كالتى توجد بكثرة عقب تجمع الخلايا الصديدية في محل ركودها زناً طويلاً ولا يندر ان يشاهد كذلك في السددا الجنبية بلورات جميلة الشكل فتكون اما ابرية الشكل غالباً متصل باضافة الاثير اليها او على هيئة بلورات شحمية (وهي المعروفة ببلورات المرجارين) وهذه البلورات زيادة عن وجودها في نفت المرضى الذين اعتراهم القدد الشعبي توجد أيضاً في نقت الاشخاص المصابين

بالغفر لنا الرئوية. لكن من خواص النفث المذكور لا يمكننا الحكم بالقطع  
على تشخيص القحط الشعي بشكابه (أعني المنتشر والجبي وسباني ابضاح  
التشخيص التمييزي بينهما) فإنه في بعض الاحوال قد يكتسب النفث الشعي  
نفسه الاوصاف التي ذكرناها بدون تعدد في الشعب كما ذكره المعلم (تروبه)  
ثم ان فساد النفث وتعفنه الذي يحصل في متصل الشعب له تأثير مضرب في جذر  
الشعب الملاصقة وفي جوهر الرئة القريب منه أيضا وسنذكر عند الكلام  
على الغفر لنا الرئوية ان أكثر اسباب هذا المرض - حصوله هو التعفن  
والفساد الذي يحصل في متصل الشعب المتعددة وتأثيره في جوهر الرئة وفي  
احوال أخرى أكثر من السابقة قد يظهر حول الشعب التي ابان رئوية قصية  
عمدة معطوبة بنضج رطوبته الفاسد والتعفن

• (التشخيص) •

الالتهاب الشعي التري البسيط سهل تمييزه عن النزلة الحجزية البسيطة  
فكل من الصوت الابع والسعال متى انضم الى ظواهر النزلة الشعبية دل  
دائما على ان كلاما من اصابة الغشاء المخاطي واتفاخه امتد الى الاحيلة  
الصوتية وان الحجزية حينئذ صارت مجلدة الحالة نزلية ايضا  
وأما تمييز النزلة الشعبية الحادة عن بقية الامراض الرئوية الحادة فسنذكره  
عقب الأحكام على اعراض الامراض المذكورة غير اننا نوضح هنا بعض  
أهم مهمتها في تشخيص هذه النزلة وان سبق توضيحها عند الكلام على  
اعراض هذا المرض فنقول

(أولا) ان النزلة الشعبية الحادة لا تصطبغ مطلقا بالجنب والاحساس  
المؤلم الذي يصطبغ به هذا المرض هو الاحساس بحرقان او جرح في الصدر  
والاحساس المؤلم في عضلات البطن خصوصا في محل اندغامها في الصدر فان  
ظهرت آلام أخرى ذل هذا على وجود مضاعفة أخرى

(ثانيا) ان النزلة الشعبية في حد ذاتها لا تنوع صوت القرع ولذا كانت ظواهر  
السمع التي تدل على تكاثف في الجوهر الرئوي نافية للقول بوجود نزلة  
شعبية بسيطة

(ثالثا) ان النزلة الشعبية الحادة وان كانت تبتدىئ بنوبة قشعريرة شديدة

واحدة غير انه في اثنا عشر المرض يوجد عليل عظيم لتعدد نوب القشعريرة ولذا متى  
وجد الطبيب مريضاً منهم وكاومعه حالة حمية ضعيفة بدون ألم الجنب وبدون  
نقث مدموم ومعه اعراض تدل على وجود حالة نزلية فقط في الظاهر غير ان  
مرضه ابتدأ بنوبة قشعريرة واحدة فلا يبادر بتشخيص التهاب رئوي ضعيف  
وهو الذي يسميه بعضهم بالجرب العصبي حتى لا ينضج خطؤه في البثمة بوجود  
التغيرات التشريحية للالتهاب الرئوي الذي كان يمكنه معرفته مدة الحياة  
لو اعتمد نوبة القشعريرة المنفردة ووقف على حالة المريض بالبحث الجيد  
بالتسمع أو القرع

وأما تشخيص النزلة الشعبية المزمنة المحصورة بنفث قابل الكمية وضيق  
عظيم في النفس وتمييزه عن ضيق النفس العصبي وتشخيص السيل المخاطي  
وتمييزه عن السيل الدردي فنذكره في المباحث اللاحقة  
(الحكم على العاقبة)\*

خطر النزلة الشعبية يتعلق بكثرة نوبات المرض فكلما كان الشخص  
حديث السن والشعب ضيقه كان المرض أشد خطراً ولا يكاد هذا المرض  
يهدد حياة المريض في سن البلوغ وأما في الشيخوخة فان النزلة الشعبية  
المحصورة بمعنى نعدم مرضاً خطراً والحكم على عاقبة هذا المرض بالنسبة  
لشفائه يتعلق بمدته فالتزلات الشعبية الحادة تنتهي بالشفاء غالباً بخلاف  
المزمنة التي استمرت عدة سنين فمن النادر شفاؤها شفاء تاماً مستمراً حتى  
لو تحصل المريض على بعض تحسين كان ذلك جيداً

وأكثر اعراض هذا المرض ثقلاً وخطراً هي التي تنجم عن عوق التبادل  
الغازي في الحويصلات الرئوية وأما نوب السعال الشديدة والضحجر العظيم  
والنفث الغزير الصديدي وباقي اعراض الالتهاب الشعبي الحاد والمزمن  
فهى أقل أهمية من اعراض تسم الدم بمحضر الكربون فعلى الطبيب أن  
يلاحظ ان الحياة لا تتم بدون الاعقب ظهور تلك الاعراض المذكورة وهذا  
يما يجنب الطبيب ومنعه من اجراءات علاجية عنيفة في أحوال الالتهاب  
الشعبي الشعري في الاطفال فانه مادام النضج ممتلئاً والوجه ممتدداً يكون  
الخطر بعيداً

• (المعالجة) •

اما المعالجة الواقية من هذا المرض فيجري فيها ما ذكرناه في المعالجة الواقية للترلة الخجيرية وهي التعود على التقلبات الجوية مع الاحتراس والغسلات الباردة والحمامات الباردة أيضا كما مر

وأما المعالجة السببية فلانها تنقسم على اعتبار الاسباب - تعداد المرضى ومعرفة الاسباب المحرصة للالتهاب الشعبي الترنلي وحيث ان هذه الاخيرة بعضها مجهول وبعضها لا يمكن ازالته فلا تتم الدلالات العلاجية الـ بيئية في جميع الاحوال وماعدا ذلك في احوال أخرى يكون غالبا اعتبار الاستعداد المرضي وتجنب الاسباب المحرصة متوجبا بالنجاح التام وعلى الخصوص يقال ذلك في الاستعداد المرضي الناتج عن داء انفلمازير والراشيتسم الذي يهيئ للاصابة بالترلات على العموم وبالترلات الشعبية على الخصوص فانه يوجد عدد عظيم من الاطفال المتهوكنين الفاضلين ذوي الصدر الدجاجة والرأس العظيم واليوافخ المنفتحة والاطراف العظيمة المنفتحة والتسنين المتأخر ويكون جلد هم على هيئة لباح واسع متحرك على العظام مصابين بترلات شعبية من منذ أشهر عديدة ويعتبر انهم مصابون بالدرن الرئوي وكل من المنقشات الصدرية والجواهر العلاجية المحولة يبقى بدون نجاح في مثل هؤلاء الاطفال لكن بتنظيم غذائهم واعطائهم اللبن الحيد واليوم غير النضيجة والنيذ وتعاطي زيت كبداخون واسـتعمار الحمامات المحلية القلوية يحصل لهم نجاح عظيم للغاية وشفاء تام ولا يستدل فيما بعد على الحالة المرضية الثقيلة التي كانوا مصابين بها الا بالصدر الدجاجة اى الشبيه بشكل صدر الدجاجة

وتمن وان ذكرنا ان الترنلات الشعبية المزمنة من الامراض الكثيرة الحصول في الاشخاص المتقدمين في السن لكن انرى ان أكثر الانخفاض استعدادا للاصابة هم الذين يكونون في سن الخمسين متمتعين بعيشة جيدة مقادير على تعاطي النيذ بكثرة ملازمين للجلاس دائما وحركة التركيب فهم أكثر من حركة التحليل وبطنهم نام تخين وبهم داء البواسير فان مثل هؤلاء الاشخاص كما انه يوجد فهم استعداد تام للاصابة بالترلات المعوية المزمنة

يكون فيهم أيضا استعداد عظيم للنزلات الشعبية المزمنة فمن الخطأ البين حصر  
هؤلاء المرضى في أولدهم وأعطائهم المياه الحضية الغازية بمزوجة بالبن  
كما سطره والمركبات الانقونية والبوليغالاوتشودل الذي ينبغي للطبيب  
التفكير فيه هو الحصول على التناوب بين حر كتي التحليل والترييب فيأمر  
المريض بكمثرة الرياضة ويمنعه من تعاطي المشروبات الروحية ويأمره  
بتعاطي الاغذية النباتية اللطيفة ويرسله الى الينابيع الطبيعية القلوية  
القاهرة فحوصام (حربين باد وكرلوس باد وكسينجن) أو الى الينابيع القلوية  
المحيية فان لها فائدة عظيمة في مثل هذه الاحوال فقط اذ بتأثيرها الجيد يزول  
السعال وغيره من اعراض النزلات الشعبية كما يتحسن بتأثيرها كذلك ممن  
البطن المقرط والمواسير

ومن الاسباب المحرصة للنزلات الشعبية العوائق الميخانيكية التي توجد في  
الصمام الاذيني البطني اليساري فتعوق استقراغ دم الاوردة الشعبية لان  
هذا السبب كثيرا ما يستدعى معالجة تسكينية واجودها المعالجة بالديجيتالا  
فانها وان كان تأثيرها غيراً كبد في أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلبي  
لها تأثير جيد واضح للغاية في أحوال ضيقه فانه متى حصل بطء بتأثيرها في  
ضربات القلب اكتسبت الاذين زمناً كافياً لاستقراغ ما احتوت عليه من  
الدم في البطن ولومع وجود الضيق وبذلك يزول احتباس الدم في الاوردة  
الرئوية واعراض النزلة الشعبية الناتجة عنه

والنزلات الشعبية التي تنج على احتقان تسمى جاني نحو الرئة في الحيات  
المتقطعة تستدعى استعمال المركبات الكينية واما الاحتقانات التفسمية  
الحثائية التي تحصل في الشرايين الشعبية عقب انضغاط الاورطي من تجمع  
سائل في البطن فتستدعى برل هذا التجويف سيما وانه في مثل هذه الحالة  
الاخيرة ينضغط جرح عظيم من الرئة بالجذاب الخارج المذفع الى أعلى فلم يبق على  
الطبيب الا مشاهدة النجاح التام وزوال النزلة الشعبية بعد أن كانت معذبة  
للمريض ومكونة للعرض الاشد تعباله عقب برل البطن حتى لا يشك في ان  
انضغاط الاورطي بواسطة تجمع المواد الثقيلة او الغازية في البطن يمكن أن  
يكون حافطاً لاحتقان تسمى جاني جهة الشعب وللحالة التريسة فيها وأعظم

المركبات التي تستدعي المعالجة السببية في مثل هذه الاحوال هو مسحوق  
العرقسوس المركب الذي يعطى منه قدر ملعقة صباحا ومساءفا انه يحصل عنه  
اسهال لطيف كاف وراحة عظيمة للمريض

• (تبييه) • هذا المسحوق مركب من ورق السنالكي ومسحوق  
العرقسوس من كل جزآن ومن كل من الشعير والكبريت جزأ واحد ومن  
السكر ستة اجزاء يعطى من هذا المسحوق مل ملعقة شاي مرتين أو ثلاثة  
في النهار

واما اذا كانت التزلة الشعبية ناتجة عن اسباب مهيجة لاراسمية ناشئة عن  
بعض الصنائع تصيب الغشاء المخاطي فالدلالات العلاجية السببية لا يمكن  
اتخاذها غالبا فان مثل هؤلاء المرضى لا يكون لهم قدرة على ترك صنائعهم  
وتجنب الاسباب المهيجة الناشئة عنهم ومن المشاهد بكمية توران التزلات  
الشعبية المزمنة متى تعرض مثل هؤلاء المرضى زمن الشتاء للهواء البارد  
الخاف جدا وعلى الطبيب ان يعتق بمثل هذه التجارب فيوصي المرضى وقت  
الشتاء الصعب بملازمة أودهم مدة كافية من أسابيع او اشهر مع حفظ  
درجة حرارة مناسبة فيها والتزلات الشعبية المزمنة التي تعبت عن تأثير  
الاقليم الباردة تستدعي الانتقال منها الى اقليم معتدل بل ان سمحت حالة  
المريض بذلك فترسل المرضى مدة الشتاء الى اقليم معتدل الحرارة ولذا كان  
الاطباء يوصون المرضى بالانتقال الى المحلات المصونة عن الاهوية والرياح  
القوية الباردة او الى المحلات ذات الاموية الكثيرة الاوكسجين القريبة  
من غابات مغروسة بأشجار من الفصيلة الخروطية وفي احوال التزلات  
الشعبية المخاطية ينبغي ارسال المرضى الى الاماكن المرتفعة العالية ذات  
الاهوية الجيدة واما المرضى المصابون بالتزلات الشعبية الجافة فالأوفق  
ارسالهم الى محلات ذات أهوية رطبة كشواطئ البحار

واما المعالجة السببية في التزلات الشعبية الوبائية فلا يمكن اتمام دلالتها  
واما معالجة المرض نفسه فقها لا تترأس استقراعات حتى ان معظم الاطباء  
التابعين لمذهب (بويو) الذي لا يعتبر فقد بعض ابطال من الدم امر اعظما  
لا يقولون بفائدة ومنفعة الاستقراعات الدموية في نزلات المسالك الهوائية

وهكل من عدم فائدة هذه الاستقراغات ومن اعتبار ان التزلة الشعبية  
الشعرية للاطفال التي خطر هامتعاق مجملها يعد ناعن الوقوع في هذا  
الخطا الذي هو استعمال الاستقراغات الدموية في ظننا ان عسر التنفس  
عند الطفل المصاب ناتج عن احتقان الغشاء المخاطي واستفاحه فان استعمالها  
في أغلب احوال الالتهاب الشعبي الشعري عند الاطفال يزيد في خطر نسهم  
الدم بمحض الكربون فضلا عن كونه لا ينفعه فان استفاح الغشاء المخاطي  
لا يزول بهذا الاستقراغ وان كانت قوى الطفل قبل استعماله كافية لفعل  
مجهودات شبيهة قوية ودفع الهواء بقوة في الشعب المتضايقة لا تكون  
كافية لذلك بعد الاستقراغات المذكورة وعلى الطبيب ان يعتبر تغير  
الصورة المرضية وازدياد ثقلها بعد استعمال الاستقراغات الدموية من  
جهة ومن جهة أخرى ينبغي امعان نظره في التجارب التي تدل على ان قوى  
الاطفال التي لم تصف بحسب كثير ما تمكني لفعل حركات التنفس ولو بصعوبة  
حتى لا يقع في الخطا ويتجارب على فعل الاستقراغات الدموية في مثل هذه  
الاحوال

وكذا استعمال الاملاح المتعادلة المضادة للالتهاب ككثيرات البوتاسا  
والصودا في الالتهابات التزلية قليل جد ما مثل الاستقراغات الدموية وأما  
الزيت الحلوا الذي يعد أيضاً من مضادات الالتهاب فله استعمال منتشر في  
الاحوال التزلية الحادة من الشعب في الاطفال خصوصاً زمن التسنين كما انه  
يستعمل عندهم أيضاً في التزلات المعوية والمعدية التي تحصل أيضاً في هذا  
الزمن والتأثير الجيد من هذا الجوهر الدوائي في هاتين الحالتين وان كان غير  
واضح التوجيه الا ان التجارب أبدت منفعته بدرجة عظيمة جداً حتى لا ينبغي  
للاطبيب التأخر من استعماله في الاحوال المذكورة وبه على هذا الجوهر بمقادير  
صغيرة من  $\frac{1}{4}$  :  $\frac{1}{2}$  قعدة ثلاث مرات في النهار وأربعة أعين من عشرة  
مليجرام الى خمسة عشر

ومن الجواهر الدوائية المستعملة بكثرة أيضاً في التزلات الشعبية بعض  
الاملاح التي تعتبر مضافة للعالة التزلية كثر من اعتبارها مضادة للالتهاب  
سواء كانت بتأثيرها في الجبل المنبهة له أو متنوعة لتغذية الغشاء المخاطي الشعبي

ومن هذا القبيل بعض الاستحضارات الاتيمونية ككبريتورالاتيمون الذهبي  
والقرمز المعدني والطرطير المقيي ولا سيما موريات النوشادر ولذا كانت  
الجرعة المحللة المركبة من أجرام متساوية (قد ردهم مثلاً) من كل من ملح  
النوشادر وعصاره رب السوس مضافاً إليها قدر قطعة من الطرطير المقيي  
محاولة بجمعها في ست أواق من الماء كسيرا ما يؤمر به في هذا المرض لكن  
وان وجدنا ان كسيرا من الاطباء أرباب المهارة كثيراً ما يأمرون بتعاطي  
ملعقة من هذه الجرعة الكريهة كل ساعتين غالباً يسوغ لنا ان نقول ان هذا  
الخلو طليس له تأثير سوى تهيج الغشاء المخاطي المعدي وفساده للهضم وانما  
يمكن استعمال ملح النوشادر والاستحضارات الاتيمونية في الاحوال التي  
فيها تكون المواد المخاطية المنفرزة كثيرة للزوجة والتاسك حتى يحصل منها  
على بعض فائدة تسكينية

واما المعالجة المعروفة فيوصى بها مع النجاح بكثرة في هذا المرض خصوصاً في  
الاحوال الحديثة من التلذات الشعبية الناتجة عن تأثير البرد وسواء نتج عن  
هذه الطريقة نوارد دموى نحو السطح الظاهر من البلد يعقبه استنفراغ في  
دم الاوعية الشعبية الشعرية او يحصل تأثيرها الجيد بكيفية اخرى فنفعم  
العظمى في احوال التلذات الشعبية الحديثة ثابتة ثبوتاً واضحاً بالتجارب فانه  
عقب استعمال هذه الطريقة كثيراً ما يرى تناقص تشبه الغشاء المخاطي  
الشعبي بعد بعض ساعات بل وفي الاحوال الجديدة يمكن قطع سيره بالكلية  
بواسطة التعريق القوي والظاهر ان التعريق جيد مطلقاً على اى حالة  
فعلت الطريقة لاحداته والا كد في ذلك استعمال السوائل بكمية عظيمة  
وتدثير الجسم بغطاء الدافئ وأما كون زهر اليلسان او روح منه دري  
(اعني كبرونات النوشادر محلوله في انثل النبيذى) او عيد الاتيمون او غيرها  
من الجواهر المعروفة خاصية معروفة حقيقية فهذا غير مقطوع به بل الظاهر  
أن نجاح الطريقة واحد سواء وضع المريض في فراش ودثر بغطاء دافئ من  
الصوف واعطى له المشروبات الهاترة المعسرة أو تبجلاء مغموسة في الماء  
البارد بعد عصرها جيداً ثم يعطى تغذية قوية فان هذه اللقافة الباردة  
تسقيط في أقرب وقت بسبب حرارة الجسم الى افافة دافئة بل يظهر ان نوارد



الدم فهو الجلد والتعريق بهذه الطريقة أقوى من غيرها وكذا الفرق بين  
اعطاء المريض الغطى فقطية جيدة كسرا من الماء الصافي أو العيونات أو  
المنقوعات العطرية أو اللبن القاتر ونحو ذلك

وفي أحوال التلذات الشعبية المزمنة تستدعي المعالجة المرضية استعمال  
الحامات القلوية القاترة بشرط أن لا تكون متعلقة بداء التلذات أو الراكب  
خصوصا حمامات كريتسك المضاف لها كمية عظيمة من القلي اذ بالحمامات  
المدكورة يحصل تنبيه قوى لسطح الجلد ونجاساتها عظيم جدا خصوصا في  
الاحوال التي لم تزل من منذ سنين عديدة بل التي مما قبل استحال من الحالة  
الحادة الى المزمنة لكن في بعض الاحوال المزمنة الثقيلة المستعصية في التلذات  
الشعبية المزمنة قد شاهدنا نجاسات عظيمة واسطة التعريق القوي وذلك بان  
يترك المريض في حمام ساخن حرارته بالقليل ثلاثون درجة بقية اس حرارة يمدور  
قدر نصف ساعة ثم تلبس بالبعد خروجها من الحمام بلباق الصوف وتبقى  
بهذه المثابة ساعتين بالقليل ومثل هؤلاء المرضى في الايام الاولى تصير بهم  
مكابدات عظيمة مادام ضيق التنفس عظيما مدة وضعهم في الحمام وفي اثناء التلبس  
والتغطية كما ذكرنا غير انه في انتهاء الاسبوع الاول الذي يحصل فيه التعرق  
يسهلولة وتصرعه عن ابتداء المعالجة تتحسن حالة المرضى مع الراحة التامة  
بحيث تطلب استقرار المعالجة من نفس او يزول ضيق التنفس زوالا واضحا  
بعد استعمال الحمام ثمان مرات او عشرة وتزول أيضا الحالة السيانوزية  
ولا يمكن الطبيب الجراة على استعمال هذه الطريقة الا بعد مشاهدة اجراء  
هذه المعالجة وروية نجاساتها لكن بعد اكتسابه لهذه الفائدة يصير له اقدام  
ونجاح في معالجة التلذات الشعبية الثقيلة المستعصية كثر من غيره من  
الاطباء الذين لم يطلعوا على هذه التجارب ولم يلمسوها

ومثل هذه الطريقة العلاجية المعروفة العمومية استعمال الوسايط العلاجية  
التي بها يحصل كما يقال تعريق أو تحويل موضعي على جرح من جلد الصدر وقد  
تأكدت نجاساتها ايضا بكثير من التجارب في هذا المرض فيوصى للمرضى  
المصابين بتلذات شعبية مزمنة بالتدريج بالانقصة المصنوعة من الصوف  
(المعروفة بالقنيليا) ووضع المشعاع الراتنجية على الصدر واما استعمال

الضخامات الخردلية والحراريق على جلد الصدر وفلا ينبغي المبادرة بأجرائه  
حيث ان منفعته لاجل مقاومة بعض عوارض خصوصية في هذا المرض  
لانفس هذا المرض ومادامت الحالة التزلية في الشعب معصوبة بحركة نهية  
فالا جود تجنب استعمالها

وقد قد دمت معالجة الامراض التزلية في الشعب تقديما عظيما من منذ  
احداث اجهزة الرزق واستنشاق الابخرة الدوائية وبقية الكلام في هذا  
المقام يؤخذ مما ذكرناه في معالجة الالتهابات الخنجرية التزلية فليراجع  
واعلم انبه على ان الجوهر الدوائي المستشفة بالرزق ان لم تكن طيارة مثل  
زيت التربينات لا تصل الا الى التفرعات الشعبية الغليظة

وأما المعالجة العرضية فقبل الكلام على الدلائل التي تستدعي هذه المعالجة  
ينبغي لنا توضيح دلالات استعمال الادوية المنقفة حيث اننا نعلم ان هذا  
اللفظ ليس مرادفا في واضح فنقول ان تكون عدد عظيم من أخلية جديدة  
وافراز غزير سائل هو عبارة عن عرض للاحتقان الأخذ في الشفاء كاذكرنا  
فهو نتيجة انتهاء السيرة الحيد وليس سببا لهذا الانتهاء فيكون الغث التضييق  
(اعني المواد البلغمية النائمة التكوينية) اجود ما يحصل به هي الطريقة  
العلاجية التي يصير بها اسير الالتهاب التزلي جلد الكون ان تتجهت المواد  
المذكورة في الشعب وتراكت امكن ان يحصل لاستقرارها وانقاذها عن عوق  
بجملتها اسباب بحيث ان الجوهر الدوائي اتى بها تنقذ في المواد المذكورة  
الى الخارج (المسماة بالمنفثات) لا يجوز جعلها رتبة واحدة والظواهر  
المهمة التي تطابق تغيرات تشر بحية مرضية مخصوصة في الالتهابات التزلية  
الشعبية وتستدعي معالجة عرضية مخصوصة هي الآتي بيانها

منها ان التزلات الشعبية تكون معصوبة بتميج شديد في الغشاء المخاطي يستمر  
زمن طويلا بحيث ان المرضى تكون معذبة من السعال المستمر المتعب ونوب  
السعال هذه كما انها نتيجة الالتهاب التزلي قد تكون سببا في شدته واستعصائه  
بسبب احتسك الهواء احتسكا شديدا في الغشاء المخاطي فالدلالة  
العلاجية العرضية كما انها تقاوم نوب السعال لا تكون فائدتها فقط ازالة  
بعض مكابدات المريض بل انما تنقص سير المرض أيضا ولا فائدة هذا في

استعمال المطبوخات الغروية واختلاط بعض العصارات النباتية والمليس  
والجهاز الصدري ولوانها ممدوحة زيادة عن الحد فانه فضلا عن قلة تأثيرها  
يحصل منها اضطراب الهضم غالباً والاجود في مثل هذه الاحوال استعمال  
المياه المعدنية القلوية المرباتية كما مسترس وامس وسلسيرون ونحوه لكن  
لا ينبغي استعمالها في جميع احوال التزلات الشعبية كالاسيلان الشعبي  
واستعمال المياه المذكوكة التي لم ينضج لتأثيرها الجيد في مثل هذه  
الاحوال (اي المعصوبة بتهيج شديد في الغشاء المخاطي الشعبي ونوب سعال  
شديد) انصاحاً تاماً يكون بأن يعطى منها على الريق من خمسة فناجيل  
الى ستة مع الرياضة وانما تستعمل في احوال التزلات الشعبية الحادة  
في اثناء التهابها لان المتقوعات الصدريه الفاترة ويستعمل في مثل هذه  
الاحوال أيضاً مع الاقدام الجواهر المخدرة فيعطى من مسحوق دوفير مثلاً  
عشر قطعات في المساء عندما يكون المريض قلقاً في منامه مدة الليل  
من السعال او يعطى له جرعة مشقة على مقدار مناسب من الاقيون  
او المرفين ان كان المريض معدياً بالسعال لمدة النهار انذاك يقل سعاله  
وبقائه يسهل شيئاً يخرج المواد البلغمية التي تراكت في الشعب في اثناء  
راحة المريض فقد حسه المرضى بأنه محلل للنفث بسهولة وتقول ان المرفين  
والمركبات المخدرة جواهر منفعة قوية التأثير وبالجملة يستعمل بنجاح في  
الاحوال التي نحن بصدد المهيجات الجلدية الشديدة كالوضعبات  
الطردية والمنقطات على الصدر

ومنها احوال مرضية يوجد فيها نوب ضيق في التنفس دورية مصحوبة بالغاط  
صغيرة منتشرة وفي مثل هذه الاحوال نقول ان هناك حالة انقباض تشنجي  
في الطبقة العضلية من الشعب الدقيقة وان معظم ضيق النفس متعلق بذلك  
ففي مثل هذه الاحوال التي كثيرا ما تنضم لاحوال تهيج الغشاء المخاطي  
الشعبي تهيجاً شديداً تستعمل المسكات كذلك اذ بها يحصل تلطيف في  
الانقباض التشنجي في العضلات الشعبية وزيادة على ذلك تستعمل المهوعات  
بنجاح عظيم فالظاهر كما انها تحدث ارتخاء هوميا في المجموع العضلي تحدث  
أيضاً ارتخاء في العضلات الشعبية والذي يؤمر به في مثل هذه الاحوال هو

المنقوع الخفيف من عرق الذهب ومقادير صغيرة من الطرطير المقيى والغالب  
ان التأثير المهورع في الجرعة المخلطة هو الذي ينسب اليه الراحة التي تحصل  
احيانا في ضيق النفس ونوصي كذلك بكثرة في مثل هذه الاحوال باستعمال  
بودور البوناسيوم من نصف درهم الى درهم على ست اواق من الماء ويعطى  
من هذا المخلول مل معلقة اربع مرات في النهار ونجاح هذه المعالجة واضح  
جدا عند كثير من المرضى اذ كثيرا ما تحصل الراحة بعد تعاطي أول معلقة  
منه وقد التزمنا ان احذر بعض المرضى من الافراط في استعمال هذا البلور  
الدوائى القوي التأثير وذلك لما شاهدوه من عظم الفائدة منه

ومنها الاحوال بعكس السابقة اعني انها تكون متصفة بحالة الخفاقة لما تقدم  
فقيم اتكون جدر الشعب مسترخية والشعب متمددة والطبقة العضلية  
الشعبية في حالة نصف شلالية وفي مثل هذه الاحوال يكون الافراز غزيرا  
ولا يكون لدفع السعال قدرة على قذف الافراز المتجمع في الشعب بسبب  
ضعف طبقتها العضلية وهذه الاحوال المعبر عنها بالسيلان الشعبي تتصف  
بالخراخر القعاعية الغليظة والدقيقة في مثل هذه الاحوال ينبغي استعمال  
الوسائط الدوائية المنبهة المعبر عنها بالمنقعات كالپوليغالاوبصل العنصل  
والپينيلا وكربونات التوشادر والكافور والجاوى ومخلول التوشادر  
الينسونى واكثر المركبات استعمالا في هذه الاحوال الجرعة الاعتيادية ثلثها  
منقوع من البوليفالا بقدر درهمين الى نصف اوقية في ست اواق من الماء  
مع نصف درهم من محلول التوشادر الينسونى ومنها الاكسبرالسدري  
المركب من اوقيتين من عصارة رب السوس وست اواق من ماء الشمر  
واوقيتين من محلول التوشادر الينسونى ويؤخذ منه معلقة صغيرة بجملة  
مرات في النهار وبالجمله ينبغي هنا استعمال المنقوعات الصدرية العطرية  
التي تؤثر تأثيرا جيدا في مثل هذه الاحوال سيما وان استعملت حارة جدا  
فانه وان كان من الامور غير العقلية اعطا جميع المرضى المصابين بامراض  
شعبية منقوعات عطرية حارة غير انه من المشاهد ان استعمالها في المرضى  
المصابين بشلالات شعبية مع استرخاء في الطبقة العضلية الشعبية يحدثن  
عندهم سهولة عظيمة في قذف مواد النفت المتراكمة في الشعب متى نهطوا

جلة فتاجيل من هذه المنقوعات الصدرية الساخنة ويوجد زيادة من  
 الازهار الصدرية الاقرباذنية انواع نباتات صدرية عديدة غريبة تملئ  
 ماطقة سكرية الطعم كمنواططمية وازهارها وازهارها الخبازي وزهر لسان  
 الثور واوراقه وسدر العرقوس وبزور الاندلس المحتوية على مواد عطرية  
 سيما بزور اليونسون الاعبادي الجمي وبزور الشمر وبزور النيلندريوم الماني  
 وهذا الجوهر الاثير الذي يمتوى زيادة عن المادة العطرية على مواد اثيرية  
 وحيدة توافق في التأثير الوسايط العلاجية الراقية الا في ذكرهاته منقعة  
 عظمى في احوال السيلانات الشعبية فانه في مثل هذه الاحوال  
 يعين على سهولة تذف الفت وتقبض اقرازه وتحدث الوسايط الدوائية  
 المنبهة اقباضات قوية في عضلات الشعب كما انه يشاهد عتب استعمالها  
 ارتفاع في النبض وقوة في اقباضات القلب وربما يحصل في مثل هذه  
 الاحوال استرخاء عظيم جدا في الطبقة العضلية الشعبية بحيث لا تساعد على  
 تذف الاقرازا لتجميع في الشعب وان السعال بانقراده لا يكتفي تذف المواد  
 المذكورة تبعيدها ومثل هذه الا- واليعبر عنها بالشال الرئوي الابتدائي  
 ولومع ملاحظة ان الرئة ليس لها فعل لا واسطي في حركات الانقباض ولزفير  
 وهذه الاحوال تعرف بكون انحراف الخطاطية لا تقول سعال ولا  
 يحصل فيها أدنى تناقص ومثل هذه الاحوال تستدعي استعمال المنقبضات  
 اذا لم تقم الجواهر المنبهة ولا في الثاني في استعمالها حتى لا ينجح عن تراكم  
 الاقرازا الموضي في الشعب منع دخول الهواء في الحويصلات الرئوية  
 وظهور القسم بمحض الكربون وانحد الكربوني الذي يساعد في حصول  
 شلل الطبقة العضلية الشعبية والجواهر المنبهة هي اعظم المنقبضات في مثل  
 هذه الاحوال ان يجر كات التي تقبض عضلات البطن اقباضا عظيما  
 وتفسق بجوف الصدر وعند ذلك يطردها الهواء المدفع بقوة فاعامتتها  
 جميع الاقرازا الموضي المتراكم في الشعب لاسبب المتراكم في الغليظة منها غير انما  
 تناسف من كون الجواهر المنبهة المذكورة لا تكتفي في ازالة انسداد القروغ  
 الشعبية الدقيقة والتي يترتب على ذلك هوان التهاب الشعبى الشعري  
 مرض خطر للغاية في ادواره الاخيرة فانه وان أمكن تذف الاغشية الكاذبة

المتبينة في الخبيثة بواسطة التي لا يمكن الهوا المندفع في القروح الشعبية  
الدقيقة دفع المواد الخاطبة المتراكمة فيها وقذفها مهما كانت قوة الرقيق بل  
بالعكس اذا تضغط الخلايا الرئوية بمدة التي يصطبغ بانضغاط عظيم في  
القروح الشعبية الدقيقة كما قدم وبذلك يصير انسدادها أتم وأقوى  
ومنها احوال تستدعي فيها المعالجة العرضية تنقيص الاقراز الشعبي الغزير  
الذي يحدث عند المرضى فهو كعظيمة ومعظم الوسايط الدوائية الموصى بها  
في مثل هذه الاحوال كماء الجير وخلات الرصاص والسين والراتايا واوراق  
عنب الثوب منها ما هو قليل الجدوى ومنها ما هو خطر الاستعمال وأجودها  
الجواهر البلسمية الراتنجية التي يشاهد تأثيرها الجيد في تنقيص الاقرازات  
المرضية مع الوضوح في احوال السيلانات الجبرية ومن هذه الجواهر بعد  
بلسم الببروا وبلسم الكوباو والمرو الصمغ النوشادري وهناك مخلوط كثير  
الاستعمال جدا يسمى بمخلوط أوجرة (جريت) وهو مركب من

درهم ١

مرصهوق

ح ٢٥

كربونات البوتساو طرطراة

ق ٨

ماء النعناع القلقل

جرام ١

سلفات الحديد المتبلور

ق ١

سكر عاده

يمزج ويعطى من هذه الجرعة بعد رجها جيدا أربع ملاعق كبيرة كل يوم ومن  
الجيد استعمال هذه الجواهر بكيفية بها تلامس الغشاء المخاطي الشعبي  
ملاصاة بواسطة كما تلامس الغشاء المخاطي المثاني والجري مباشرة عند  
انقذافهم مع البول ولذا يوصى باستعمال المزيج بالسكر مسحوقا جافا  
اذ باستعماله بهذه المثابة لا بد وأن يتقذف منه بعض شئ ويصل الى القصبة  
الهوائية والشعب لكن الاجود والاقوى تأثيرا استعمال الجواهر  
المذكورة على الحالة الغازية فيغلى القطران وحده ويمزج بالماء في قاعة  
المريض حتى يتشبع به هواؤها او يوضع قدر نصف درهم من زيت  
التربينينا في زجاجة مملوءة بالماء المغلي ويستنشق الهوا منها بجملة مرات  
في النهار كل مرة قدر ربع ساعة بواسطة لي مرين يوضع على فها ولا يتحصل

على غاية عظيمة في هذه المعالجة الا اذا صادفت محلا يعنى انه في الاحوال التي فيها يكون الغشاء المخاطي مجاسا لافراز صديدي غزير جدا وما عدا ذلك من اشكال التزلات الشعبية لا تكون نافعة بل مضرة واما استعمال سائل القطران الذي اوصى به كثيرا في هذا العصر الاخير فلم يقتض في نجاحه واما الجواهر المقوية المرة التي تستعمل كذلك في احوال السيلانات الشعبية كايوبليغالا والحزاز الارائدي وتعود ذلك فانها تؤثر في الغشاء المخاطي المعدي وتزيد في فعل الهضم وقوة شهية الاكل وحينئذ تحسن تغذية الجسم فحينئذ يرضى على تحمل المرض بدون تأخير في نفس المرض

ومنها احوال تستدعي المعالجة العرضية في التهابات الشعبية التزلية عند الاطفال المولودة حديثا التي لا تدرى تصنع السعال متى وجد عائق في الشعب عندهم واحتيج لازالته بفعل مجهودات عضلات التنفس اولا استعمال لمينيات لاجل قذف المواد المتجمعة في الشعب ثانيا الوسائط الصحية التي تلجئ الطفل الى فعل مجهودات تنفسية قوية بحيث لا تترك الاطال للاستغراق في النوم مدة طويلة فتستعمل الحمامات لهم او يرش صدرهم بالماء البارد مع ففمسة اخضر قدميم وتحرير الصريح متى شوهت اعراض تدل على انسداد الشعب وامتناع التبادل الغازي في الخلايا الرئوية

### • (المبحث الثاني) •

في التهاب اللبني (او ذى الغشاء الكاذب) للغشاء المخاطي القصبي والشعبي  
• (كيفية الظهور والاسباب) •

لا يندر امتداد التهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية والشعب والالتهاب اللبني في الخلايا الرئوية يكاد يمتد على الدوام للفرعات الاخيرة الشعبية وزيادة على ذلك يحصل التهاب المذكور في النادر حولا اوليا في الفرعات الثلاثية والرابعة فمن الشعب وحيث انه يكون مرضا مستقلا بنفسه في هذه الحالة ينبغي شرحه على حدة

ثم ان التهاب اللبني الاول في الشعب يصيب الشبان خصوصا في سن البلوغ بدون وقوف على حقيقة سببه او الاسباب المتعددة للاصابة به او الاسباب المتقدمة

التي أحدثته

• (الصفات التمييزية) •

عند امتداد الالتهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية  
وابتداء الشعب تتكون الاييب الغشائية الكاذبة المتقرعة التي شرحناها  
واما السدد اللبغية التي تملأ الشعب في الالتهاب الرئوى فتوجد في نفث  
المصابين بالتهاب رئوى لبني على الدوام

وفي الالتهاب الشعبي اللبني الاولى توجد عين الصفات الخاصة بالغشاء المخاطي  
والنضج الغشائي المتعقد فوقه كما يمتاز في الالتهاب الخجري اللبني والفروع  
الشعبية والفروع العليظة لانفسد قنواتها بالكلية فان النضج المتعقد فيها  
يكون انبوبيا واما الفروع الشعبية الدقيقة فتكون فيها اسداد اسطوانية  
ويندر أن يمتد الالتهاب الشعبي اللبني الى الرئة بأكملها والغالب ان يكون  
هذا الالتهاب جريئيا قاصرا على عدد صغير من الشعب ولوانه يوجد بعض  
استثناآت من ذلك فقد شاهدت حالة عند بنت عمرها خمسة عشر سنة كان  
ينقذف منها بالسعال كل يوم تقريرا اغشية كاذبة انبوبية مكسبة اشكل  
أحد التفرعات الشعبية البشرية

• (الاعراض والسير) •

ما ذكرناه اخيرا من قلة امتداد الالتهاب الشعبي المذكور آنفا وقد الحى  
يكسب هذا المرض سيرا مغايرا لالتهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب  
وكان هذا المرض الاخير حاد جدا فالالتهاب الشعبي ذى الغشاء الكاذب  
مرض مزمن احيا فاجيت يمكن ان يمتد بجملة أشهر بل سنين

ثم ان المصابين بهذا الداء يتشكون بضيق نفس خفيف بحيث يقيين من بهامة  
لونهم وحالة الاسترخاء والتنفس عندهم أن حصول التنفس غير تام وان الدم  
لا ينتقي مما احتوى عليه من حمض الكربون تنقية تامة وفي مدة ثوبه السعال  
العنيفة الشنخية ينقذف من المريض زمانا من مواد ملتصقة على نفسها  
تثقل بعد وضعها في الماء وتفرج وكتيرا ما تكون هذه المواد مغطاة بقليل  
من الدم وتظهر على شكل أيايب متقرعة كتفرعات الشعب وعند السمع  
يحمس بالغاط صغيرة في محاذاة امتداد التهابات الغشاء في الشعب وقد ينفذ



لفظ التنفس بالكيفية عند امتلاء الشعب بالاعشمية الكاذبة كما في الحالة التي شاهدتها ويعد عقب انقضاءها منها ثم ان هذا المرض كغيره من الامراض المزمنة قد يحصل فيه زمانا فزمنان فاولا لا يسدرا بتدأؤها بقشعريرة مصحوبة بحمى شديدة مدتها ممكنها في اثنا ذلك تمدد الاعشمية الكاذبة الى اجزاء اخرى من الرئة فينشأ عن ذلك عسر عظيم في التنفس بل قد يصير التنفس غير تام فيملك المريض بعد ظهور اعراض الاسفكسيا في الاختناق البطيء الناتج عن عدم اتمام التنفس

#### • (التشخيص) •

لا يمكن تمييز التهاب الشعب عن ذي الغشاء الكاذب عن الشكل الذي من هذا الالتهاب الا بواسطة المنطبعان الغشائية المتكونة من مادة ليفية منهقدة ومتجمعة في الشعب وحيث ان الافراز الخاطي في الشعب الدقيقة يمكن أن يكسب شكلها ويحفظه بسبب لزوجه وعاسكه يفتي البحث في الاحوال المشكوك في تشخيصها عن هذه المواد المنقذفة ليفية كانت او مخاطية بجمض الخليك فان التجمعات الغشائية تنفتح باضافة بعض نقط من حمض الخليك الهوا او المواد المخاطية فانها تنقبض ويزداد عاسكها باضافة هذا الجوهر الهسا او الاحوال الواضحة من هذا المرض فلا تلبس بغيرها

#### • (الحكم على العاقبة) •

هذا المرض وان ندان به مدة الحياة بامتداده العظيم الا ان الحكم على عاقبته بالنسبة للشفاء التام غير جيد فان التهاب الشعب اللبني مرض يستعصى عن المعالجة جدا وميله للنسكات عظيم وبالجملة فكثيرا ما يعقبه السل الرئوي ان لم يكن مصاحبا له

#### • (المعالجة) •

معالجة هذا الالتهاب مؤسسة على نفس القواعد التي بناها عند ذكر معالجة السعال الديكي الحقيقي وقد نص المعلم (تيرنلدر) على انه يشاهد نجاح عظيم عقب استعمال يودور البوتاسيوم بمقدار نصف درهم كل يوم وأوصى بانباغ ذلك في باقي الاحوال ولم اشاهد نجاح هذه الطريقة العلاجية بنفسى

• (المبحث الثالث) •

في تشنج الشعب المعروف بضيق النفس الشعبي  
أو العصبى أو التشنجى أو الربو العصبى الشعبي  
• (كيفية الظهور والاسباب) •

اعلم أنه قبل اثبات وجود العضلات في الشعب برز من طويل وقبل مشاهدة  
انقباض هذه العضلات عقب تهييج العصب الرئوى المسمى لاسيما عقب تهييج  
الغشاء المخاطى الشعبى قد شرح عدد عظيم من اشكال ضيق النفس العصبى  
في كتب البتلاوجية ومعظم هذه الاشكال من ضيق النفس العصبى وان  
نسب اخيرا التغيرات مادية في الجوهر الرئوى سيما الانقباض الرئوى وآفات  
القلب العضوية لم يزل يوجب جد في بعض الاحوال ضيق نفس عصبى حقيقى اى  
مرض في العصب الرئوى المسمى ينتج عنه انقباض تشنجى في عضلات  
الشعب بحيث يضيق متسعها

وقد ذكرنا ان كلام الاحقان واللاهباي التزلى في الغشاء المخاطى الشعبى  
كثيرا ما يصطبغ بانقباضات تشنجية في عضلات الشعب وان هذه  
الانقباضات تعتبر ظواهر تشنجية انعكاسية تسرى من الالياف الحسية  
للعصب المخير الى الالياف المحركة السائرة معها في العصب المذكور وان  
هذا الانقباض ايضا هو السبب الرئيس لمضيق النفس في التزلات  
الشعبية ومع ذلك فالانقباضات التشنجية في عضلات الشعب الناشئة عن  
تغيرات مادية في الغشاء المخاطى الشعبى لا يعبر عنها بضيق النفس الشعبى  
العصبى بل لا يطلق هذا اللفظ الا على احوال ضيق النفس التى فيها يحصل  
تهييج في العصب المخير في محل بعيد سواء اصاب هذا التهييج ذلك العصب في  
منتهى او اثناسميه وسواء اصاب ايضا فروعا عصبية أخرى - خلاف العصب  
المخير ثم انتقل الانعكاس الى الالياف المحركة للعصب الرئوى المسمى ام لا  
ثم ان اسباب ضيق النفس العصبى الشعبي مجهولة لنا كالاتقياض التشنجى  
في المزمار وكون امراض القلب والانقباض الرئوى المعتبرة اسبابا هامة  
لهذا المرض تحدث اضطرابا وتغيرا في وظائف العضلات الشعبية زيادة عن  
ضيق النفس الذى ينشأ عن هذه الامراض في حدودها امر مشكوك فيه

ويندر أن تكون بعض أمراض المراكز العصبية كالاورام الضاغطة على  
العصب المحير سبباً لهذه الآفة وفي بعض أحوال أخرى قد يكون التشنج  
الشعبي مصاحباً لغيره من الأمراض العصبية كما يشاهد ذلك عند وجود  
أمراض مزمنة في الرحم (ويسمى اذذاك بالربو الاستيري) وبالجملة فقد  
يصيب بالكيفية ذاتية بعض الأشخاص المتمتعين بحسب الظاهر بصفة جيدة  
وعند فتح جنينهم لا يرى فيهم شيء من التغيرات المذكورة

وليس من الواضح أيضاً في غالب الأحوال الأسباب المتممة لنوب هذا المرض  
على حدسهم فان هناك أشخاص لا يصابون بنوب ضيق النفس ماداموا في  
أماكنهم ويصابون على الدوام بها إذا ما أتوا في محلاة أخرى معينة وفي بعض  
الأحوال قد يحدث استنشاق أثرية بعض النباتات خصوصاً عرق الذهب  
نوب هذا المرض وبالجملة فقد يعتقدون من أسباب هذا المرض الانفعالات  
النفسية والأفراط في الجائع والتدخين القاري في الأمعاء والحوام يعتقدون  
كثيراً أن حصول هذا المرض من هذا السبب الأخير

ونوب ضيق النفس العظيمة المعبر عنها بالربو العصبي البولي التي كثيراً  
ما تشاهد في أثناء سيرداه (بركت) وغيره من أمراض الجهاز البولي المعصوبة  
باحتمباس في البول أحياناً والتي كنت أظن فيما سبق أنها ناشئة عن تسمم  
الدم ببعض أجزاء البول أو بمحتوياته لآلاته يظهر أنها ناتجة طبقاً  
للمشاهدات الجديدة الموافقة لرأي المعلم (ميجور) عن الاوديما الرئوية فاني  
قد شاهدت في مثل هذه الأحوال جملة تمرات وجود نواخر رطبة ذات  
فقاغات دقيقة عند التسمع مادامت نوب الربو وجوده وزوالها بقدرة عند  
ما يتقذف من المريض بواسطة السعال العنيف والتي تنفث ما في غزير  
وحيث أن حصول الربو العصبي يكون بالكيفية التي تحصل أغلب أحوال  
التشنجات البولية (راجع مبحث داء بركت)

\*(المغاث القشرية)\*

من النادر جداً وجود تفسيرات مادية في الجنة يواجه بها الاشكاء مجموع  
اعراض ضيق النفس العصبي الشعبي وينبغي هنا أن يكون النشاء الخاطئ  
الشعبي سلباً الكلية بحيث لا يوجد سبب آخر مادي يواجه اليه ضيق

لتنفس اذا كان تشخيص ضيق النفس العصبي الشعبي حقيقيا  
 (الاعراض والسير)

ضيق النفس العصبي الشعبي كغيره من الامراض العصبية ذو سير نوبي  
 فان له نوبات تعاوب مع فترات ولو كان الطرز فيه غير منتظم غالباً وعند حصول  
 نوب ضيق التنفس تتعاقب هذه النوب مع بعضها احياناً في ايام قصيرة  
 ثم تزول غالباً ولا تظهر الا بعد أشهر او سنين وعند طرؤ نوبة ضيق النفس على  
 المريض حالة نوم يهيم قلقاً وينشأ عن الاحساس بضيق النفس احلام  
 منعبية للغاية لكونه لم يصل لقوة الادراك وعند امتناع المريض بحس كما  
 قاله الشهير (رومبيرغ) باضطراب الفعل مجهودات تنفسية عميقة لكنه يدرك  
 حالاً ان الهواء لا يجمد او يصفر المحرودات من الصدر وفي هذه الحالة يسمع لفظ  
 صيري او مضيري مدة الشهيق والزفير وهذا اللفظ كثيراً ما يسمع بالبعد عن  
 المريض بل المريض نفسه يدركه ثم يزداد عبر التنفس وضيقه فترى عضلات  
 التنفس تنقبض والعضلات المساعدة لها في مجهودات متعرجة جناح الانف  
 وتضخم حافتا العضلات القصية الترقوية الحليمة وتجذب الرأس الى الخلف  
 والاذرع تجتهد في اخذ صغرات تكاثر لاجل اتساع الصدر لكن لا تفر في ذلك  
 ويزول اللفظ التنفسي الحويصلي ويحل محله في بعض الاصناف لفظ صفيري  
 يسمع احياناً ويحتفى أخرى بسرعة وأما اللفظ التنفسي الشهيق المتعرج  
 والقصبة الهوائية فانه لا يضطرب بل يكون ذارياً ناعماً شديداً من الحالة  
 الطبيعية ويظهر الضجر في مهنة المريض وتنفخ عينا وتنفخ جبهته  
 بعرق بارد يصير لون وجهه باهتا وضربات قلبه شديدة غير منتظمة ونضه  
 ضيقاً صغيراً وتنفخ حراشيد يديه وجنتيه وبعد مكث هذه النوبة من  
 ربع ساعة الى عدة ساعات مع جملة فترات تزول اما فجأة فيدخل الهواء في  
 الشعب والحويصلات الهوائية الممتدة فيخرج عنه لفظ تنفسي طفيف واما  
 تدريجياً مع قلنس وتثاوب او مع مال مصوب بازدياد في افراز الغشاء المخاطي  
 الشعبي وشغل رطوبة تنقبض بعد بعض زمن وهذا المرض الاخير الموصوف  
 وصفا جيداً بابا بالكلية الام العصبي الذي يجلسه العصب فوق الحاجب  
 فانه في هذا المرض الاخير تنتهي النوبات غالباً باحتقان وانتفاخ في

الملتحمة وتزايد في ~~شكل~~ من الافراز المخاطي والدمعي والام العصبي من  
العصب المحيز يصطبغ كذلك باحتقان في الغشاء الشعبي مع زيادة في  
افرازه المخاطي

### • (التشخيص) •

متى يقن الطبيب من تصور معنى ضيق النفس العصبي وميزه بالدقة عن  
الانتباضات العضلية الشخصية التي تحصل في بعض أحوال النزلات  
الشعبية كظواهر انعكاسية كان التشخيص سهلا والذي يمنعنا من الوقوع  
في الخطأ وجود القرب الشديد مع الفترات الخالية وعدم وجود اعراض  
آتة في الغشاء المخاطي الشعبي

### • (الحكم على العاقبة) •

انذار هذا المرض بالنسبة لمعظم الحياة اقل خطرا مما يخشى من الظواهر  
المرضية ولوان المريض يخشى بعد زوال كل نوبة حصول الهلاك في النوبة  
التالية فالواسطة التي بها يمنع الخطر متى طرأت موجودة في نفس المرض  
فانه متى ظهرت اعراض التسم الكروني في هذا المرض ارتفعت عضلات  
الشعب المتقبضة انتباضا شديدا يكافى عضلات الجسم التي يؤثر فيها هذا  
التسم تأثيرا شديدا

### • (المعالجة) •

اما المعالجة السببية فاحيانا يمكن اتمامها في الاحوال التي فيها يكون المرض  
المزمن في الرحم سببا في ضيق النفس العصبي أعنى في الشكل الاستيري لكن  
في الغالب لا يمكننا اتمام ما نستدعيه المعالجة السببية وذلك لانتالاعرف  
السبب المحدث لهذا المرض واما معالجة المرض نفسه فانها تستدعي وسائط  
علاجية بها يمكن قطع نوب هذا المرض وتنعيم مدتها وتلطيفها وسائط  
علاجية بها يمنع تردها

فلاجل الحصول على الغاية الاولى ينبغي ابتداء ازالة الملابس الضيقة عن  
المريض وتسكين روعه والحصول على هواء نقي جاف حار في اودنه ومن اعظم  
الوسائط العصبية في هذا الشأن استنشاق الهواء المنضغط باجهزة مخصوصة

لكن يندرج الحمول على ذلك في أثناء النوب فانه في أثناء إقامة المرضى في  
 الاماكن التي يوجد فيها أجهزة جيدة من هذا القبيل شروءه نجاح عظيم  
 وقد شاهدت شخصاً مصاباً بربو عصبي من مندرسين فعل نفسه جهازاً  
 مخصوصاً في بيته لاجل الحمول على خفة النوب بالهواء المنضغط والراحة  
 العظيمة التي تحصل لامصابيهم. ذا المرض من استنشاق الهواء المنضغط  
 توجهوا واضح فانه كلما كان قوت الغازات التي تنشق بالتنفس عظيماً كان  
 نفوذها في الدم بكمية عظيمة ايضاً فعرف التنفس يمكن حينئذ تعادله بواسطة  
 شدة قوت الغازات المستنشقة وهناك واسطة أخرى بين الوسايط الصحية  
 والوسايط الدوائية وهي استعمال القهوة البنية فنجانا أو فنجانين منها  
 وتعاطى مقدار صغير من عصارة الاعمال المشبعة فان كلا من هاتين الواسطتين  
 ينشأ عنه راحة عظيمة في بعض الاحوال وفي أحوال أخرى قد لا ينشأ عنها  
 ذلك بدون أن يحزم الطبيب بشئ من ذلك قبل تعاطي كل منهما واما الوسايط  
 العلاجية المدووسة حقيقة فهي الحدرات فينبغي للطبيب ان يأمر  
 بتعاطي مقدار كاف من الافيون او الاستحضارات المرفينية متى كان  
 الشخص أكيذا وان لم يفرأ استعمال ذلك من الباطن يجب فعل الحقن  
 تحت الجلد بمحلول المرفين وقد دللت في تجاربي على عدم فزع صبغة اللوبليا  
 الموصى بها كثيراً في الربو العصبي (من عشر نقط الى ثلاثين) كل ربع ساعة  
 أو نصف ساعة كما انني لا أرى نجاحاً عظيماً كما يزعمون في شرب دخان ورق  
 الدانورا كالتبغ في العود بأن يؤخذ منها من اثنتي عشرة قطعة الى خمسة عشر  
 وتخرج بالتبغ او المريمسة الطبية ومن شرب بمحلول الدانورا المجردة فضلاً  
 عن كونه احدث عندهم المرضى التي شاهدتها الماقي الرأس متعباً وفي  
 بعض الاحوال قد يحدث استنشاق الكلور وفورم فائدة عظيمة لكن ذلك  
 وقتي وكذا الألباس باستعمال حرق الورق المجهز على البارود (وهو أن يؤخذ  
 الورق غير الملتصق ويغمس في محلول مركب من ملح البارود ثم يجفف) في أودة  
 المريض وان لم يعمل كثير من المرضى المصابين بالربو العصبي بالتنفس  
 بالابخرة الناشئة عن ذلك فلا يحصل لهم راحة منه وفي أحوال نوب هذا  
 المرض النقلة ينبغي استعمال المقيئات التي تفج أحياها نجاحاً واضحاً وعند

اسقرار فوبة هذا المرض زمانا طويلا ينبغي ان يعطى بدلا عن مقدار مقي من  
الطرطير او عرق الذهب مقدار موقوع من ذلك وقد اوصى الطبيب (كولبر)  
باعطاء منقوع من عرق الذهب (من ٢ ديسجيرام الى ٥ على ١٥٠ جراما  
من الماء أعنى من ٦ قحان الى ١٠ على ٥ اواق من الماء) مع خلاصة  
البوساتلا (وتسمى ايضا بالانيون بوساتلا أعنى زهرة الرياح عند الالمانيين)  
بقدر ٥ ديسجيرام أعنى ١٠ قحان ويضاف لاستعمال هذه الجواهر  
الدوائية باطنا استعمال المهيجات الجلدية ايضا كما ذلك الصدر بزيوت التريتمينا  
المداق ووضع ليج خردلية على الساعدين والساقين والجمادات السدية  
والقدمية الساخنة فان المرضى التي تكون في حالة يأمن ترغب كثيرا في كثرة  
المعالجة مع السكر لاجل الحصول على الراحة

ولاجل الحصول على الغاية الثانية اعنى عدم تردد النوب ينبغي ايضا  
المرضى بنجنب جميع الاسباب المضرة التي ينشأ عنها تردد النوب على حسب  
تجارب المرضى نفسه ويؤمر بامتنال ذلك مع غاية الدقة ولا يتأخر الطبيب  
عن ذلك ولو لم تكن الاسباب المظنون فيها احداث النوب متضحة وكان  
الارتباط بين السبب والنتيجة غير واضح ايضا فتؤمر المرضى بابقاء النوب مثلا  
في أودها وفتح أبوابها وذلك فيما اذا تكرر حصول النوب عندهم في مدة  
النوم باودة مظلمة مغلقة وغير ذلك وتوصى ايضا بالاقامة في المجالس  
الهوائية التي مع تجنب المجال المتربة الممتلئة بالدخان أو ذات الرياح القوية  
مع المعيشة المنتظمة واجتناب النوم المستطيل

واما الادوية المشهورة بأنها تعترض تردد النوب او تشفي الربو العصبى شفاء تاما  
فأولها الكين ومركباته وكلما كانت النوب قصيرة والفترات بينهما منتظمة  
حصل من هذا الجوهر رفح عظيم واما الاحوال التي فيها تردد النوب  
بين فترات عظيمة غير منتظمة ولا يجدى في هذه الجوهرات الخفيفة بل تجا  
الى استعمال جواهر دوائية أخرى من رتبة الجواهر الدوائية العصبية وان  
كان تأثير هذه الجواهر بالتسوية لتسوية تغذية الاعصاب ووظائفها مهمة  
علينا ودلائل استعمالها ونفصيل بعضها على البعض الآخر غير واضح  
بحيث انه نستعملها على وجه التجارب فقط وأفضل هذه الجواهر الدوائية

العصبية استعمل الاهي الوسايط الدوائية العصبية المعدنية سيما كربونات  
المغنيد (من ٣ ديسيجرام الى ٥ اعنى من ٥ قطرات الى ١٠ كل مرة)  
وزهر الخارصين (من ١ ديسيجرام الى ٢ اعنى من قطعتين الى ٤ كل مرة)  
ونترات الفضة (من ٧ ميليجرام الى ١ سنتيجرام اعنى من ثمن قعة الى سدس  
قعة كل مرة) والزرنج على شكل المحلول المعدنى للطبيب (فواير) (من قطعتين  
الى ٥ كل مرة) فهى أجود من شيشة الهر والحليب والكاستور يوه  
اى المسترو والكافور

وعلى حسب تجاربي لم يثبت لى نجاح الدواء السرى للطبيب (أوير) فى هذا  
المرض الذى هو مركب من (٢٥ جرام من بودور البوتاسيوم فى ٥ جرام من  
منقوع البوليغالا على ٢٧٥ جرام من الماء المصفى ، مضافا اليه ٥  
ديسيجرام من خلاصة الافيون ومن كل من روح اليبذو والشراب البسيط  
١٠٠ جرام) والجوهر الدوائى القوى التأثير الداخلى فى تركيبة  
هذه الواسطة العلاجية القيمة المأقونة بلون أحمر زاهى بواسطة الدودنهو  
يو دور البوتاسيوم ولم أجده فى حالتين من هذا المرض العصبى الحضر منقعة  
واما فى احوال ضيق النفس المصاحب للالتهاب الشعبى الشعري  
او الانفزيما الرئوية المعبر عنه ايضا بالربو فقد شاهدت منه المداخلة العظمى  
فى احوال عديدة

### • (المبحث الرابع) •

#### فى تشنج عضلات التنفس

قد شرح فى هذا العصر كل من المعلم (ويتزش وجمبرغر) أحوال الامة  
من ضيق النفس العصبى فيها يكون هذا الضيق ليس ناشئا عن تضيق تشنجى  
فى القنات الهوائية الشعبية وتقرعاتها بل عن انقباض تشنجى فى الجباب  
الخارج اذ من الواضح ان التشنج التيتوسى لهذا القصل ينشأ عنه عسر عظيم  
فى حركات التنفس

ثم انه فى هذا الشكل من ضيق النفس الذى لم يعلم كيفية حصوله واسبابه مع  
الوضوح مثل ضيق النفس العصبى الشعبى تنفذ فيه الالفاظ الصغيرة  
الواصفة لهذا الاخير ووق التنفس فى المرض الذى نحن بصدده يكون



فأصرا على ضرورة الزفير في أثناءه تنقبض عندهم عضلات  
البطن بقوة شديدة حتى يهز ذلك الحجاب الحاجز المثبت في وضع شهيق  
بالشبح التي تنمو فيه فيندفع إلى أعلى فتصير البطن تبعاً لذلك في حالة انقباض  
صلب وتضخم حوافي عضلاتها اسمياً عضلاتها المستقيمة وبانضغاط تحصل  
البطن انضغاطاً شديداً يخرج كل من البول والمواد السائلة بدون ارادة  
ويكتسب المريض لو فاض رقبته نوزياً ويستطيل الزفير بقدر الشهيق مرتين  
أو ثلاثة وتقل حركات التنفس حتى تصل إلى عشر مرات أو اثنتي عشرة مرة  
في الدقيقة الواحدة وهذا الشهيق القصير لا يحدث فحماً في القسم  
الشراسيني فلا يرتد به إلا الجزء العلوي من الصدر وما جزؤه السفلي فإنه  
يندفع نحو العمود الفقري وينقبض وبالقرع يتضخم سقوط الحجاب الحاجز  
إلى أسفل في أثناء الزفير فإن الموت الممثلة للزفير يعتمد بقدر قيراط أو اثنين إلى  
أسفل وكل من ضربات القلب واهميته يكون متحركاً إلى أسفل بقدر  
ميزاب بين الانضغاط أو اثنين وباتسمع لا يحس بالغطاء التنفسي في أثناء نوبة  
ضيق النفس ثم إن الأعراض التي تترتب عنها لا تحتاج لتوجيه ما فأن من  
الواضح أن الانقباض التنفسي للحجاب الحاجز يعقبه جميع ما ذكر وأن  
استمرت النوبة زمناً طويلاً فداد ذلك المريض إما بسبب اضطراب الدورة  
الدمائية أو عدم تمام النفس إذ بذلك ينشع الدم بمحض السكر بون فيرتقي  
اللون السيانوزي إلى أعلى درجاته ويصير النبض صغيراً والجلد بارداً وردياً  
هالك المريض في الأحوال الثقيلة من هذا المرض في أثناء نوبته وفي الأحوال  
الجيدة من هذا المرض قد يأخذ الانقباض التنفسي في التناقص شيئاً فثباتاً  
فيزول كل من اللون السيانوزي وعسر التنفس بدون أن يعطى ذلك بنفث  
مخاطي

وفي الحالة التي شاهدها المعلم (بمغر) قد حصلت راحة عظيمة من استعمال  
القطرات الباردة واستنشاق الكلور وفورم والحقن تحت الجلد بالمرفين  
ومع ذلك انتهت تلك الحالة بالهلاك

• (المبحث الخامس) •

في السعال التنفسي

السعال التشنجي عبارة عن التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية  
يتميز عن غيره من الالتهابات المزمنة للغشاء المخاطي في المسالك الهوائية  
بكيفية حصوله وينوب السعال التشنجي الناشئة عن توران نوعي في  
حساسية المسالك المذكورة

ثم ان كلامنا عن السعال التشنجي باسباب مضره غير معلومه جيداً  
ونوعية ونظيره هذا المرض ظهوراً وبائياً في الغالب وانتشاره بواسطة اصل  
معدية وعائيه الا كبدية التي تمنع من عودته في حال اول مرته كذا  
بكيفية حصول كل من الحصبة والقرمزية والجدرى وغيرها من اشكال  
الامراض التسممية الحادة التي تنتشر بها فيسبب في مقابلة لكن الامر  
المعلوم من ان السعال النوعي من السعال التشنجي ينتج عنه اصابة موضعية  
وحيدة بخلاف الامل المعدى في الحصبة والقرمزية والتيفوس فانه ينشأ  
عنه اصابة عومسية في البنية فيحدث مرضاً عومياً يطننا الى تمييز هذا  
المرض عن الامراض المذكورة وحيث ان معلومية التغيرات العمومية في  
الامراض التسممية المذكورة مجهولة علينا فان جميع اعراض السعال  
التشنجي يمكن توجيهها باصابة الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية اصابة  
موضعية فمن الجيد شرح هذا المرض من جهة امراض الاعضاء التنفسية  
ولو كان معدياً وليس القه من ذلك فيكون السعال التشنجي وباقي  
الامراض الوبائية المعدية التي لا تحصل فيها الاصابة موضعية يحدث من  
تأثير من نوعي فالتا قول ان حصوله بهذه الكيفية يمكن فقط بل هو  
الاقرب للعقل غير ان نوع التسم وطبيعة الجوهر المسم المعدى في المرض  
الذي نحن بسنده ينبغي ان يكون مخالفاً بالكلية لما في الامراض التسممية  
العامه فان النتيجة هنا مختلفة بالكلية

ثم ان هذا الرأي الذي ذكرناه لطبيعة السعال التشنجي من كونه عبارة عن  
التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية معصوب بشوران عصبي  
شديد في حساسيته لم يتبعه أغلب الاطباء فانهم من يزعم ان السعال  
التشنجي آفة عصبية في العصب المحصر واقله ان هذه الآفة العصبية في  
العصب المحصر المذكور تنضم اليه هذا الالتهاب النزلي وهذا الرأي الاخير

مؤسس على الصفة التشنجية لنوب السعال وعلى ان هذه النوب تتعاقب  
بفترات تامة كغيره من الآفات العصبية ذات السير النوبي ومع ذلك فقد  
تحصل بطريق الانعكاس نوب شبيهة بنوب السعال التشنجي بل غماها اذا  
أثر مهيج شديد على الغشاء المخاطي الحنجري في الاشخاص السليمين مما  
الاطفال كما اذا وصل الى الحنجرة اجسام غريبة ذات حافة حادة ~~كقطع~~  
السكر او الملح الجاف وأثرت في الالاف الكثيرة الحساسية من الحنجرة وفي  
السعال التشنجي يكون الغشاء المخاطي في أعلى درجة من الحساسية بحيث  
ان المهيجات ولو كانت قليلة الشدة او غير مددرة تحدث نوبا سعالية تعتبر  
ظواهر انعكاسية غير متعاقبة تبرز عصبية في العصب المحرك فذوران حساسية  
الغشاء المخاطي المريض يكفي بافراده في توجيه حصول نوب السعال  
الشديدة الحاصلة بطريق الانعكاس وأما السعال ذو النوب الخاص بهذا  
المرض فسنينه عند الكلام على الاعراض

ثم اعلم ان السعال التشنجي الافرادى من الذواد والعظيمة جدا وبعبارة  
أخرى المؤثرات المرضية التي ينشأ عنها التهابات نزلية في الحنجرة والشعب  
~~بها~~ لا يحدث عنها طاقم شديدا مستقر في الغشاء المخاطي من هذه  
الاعضاء كما يحصل ذلك من المؤثرات الوبائية غير الواضحة التي ينشأ عنها  
السعال التشنجي ومن هذا القبيل يشاهد أن كلاما من الاسهال والتي  
الحاصل حصولا ذاتيا لا يصل البتة الى درجة الاسهال والتي الواثية اي  
الكوليرا وهذا التشبيه وان كان غير تام الا انه يثبت الآن ان الكوليرا  
تنتج عن تسمم الدم بخلاف السعال التشنجي فانه الى الآن لم يثبت انه ناشئ  
عن تسمم الدم بجواهر مضره

ثم ان وباء السعال التشنجي يتلطفن خصوصا في فصل الشتاء والربيع بدون  
أن ينطفي بالكلية في الفصول الحارة من السنة ويعقب وباء القرمزية  
والحصبة او يصعب والظاهر انه يحصل في بعض الاحوال انتشارا أصل معد  
ولكن هـ هذا الاصل ذاقه شديدة يصيب الامهات أيضا والمخاضات أعنى  
يصيب الكبار الغير العرضة لهـ هذا المرض ويظهر ان الاصل المعدى لهذا  
المرض يكون متشبها بافراز الغشاء المخاطي المريض وتجنه وأما درجة

انتشاره وباقي اوصافه فليست معاملة لنا والاستعداد للاصابة بالسعال  
التشنجي يشاهد خصوصا عند الاطفال الذين جاوزوا سنة ويكاد ينطفيئ  
هـذا الاستعداد اذ راسبعا بعد اصابة الطفل بالمرض مرة كما انه يزداد بجمع  
المؤثرات المرضية التي تحدث التهابات نزلية وبالنزح التزلي ولو الخفيف الذي  
يحصل في الغشاء المخاطي من المسالك الهوائية عقب تأثير البرد ونحوه وكل  
من تأثير البرد والالتهابات النزلية الخفيفة المهم في معالجتها يمكن ان يصير  
سببا مقما للسعال التشنجي كما ان التباعد عن التدبير العصى والاسمالات  
النزلية قد يكونان سببا مقما للكوليرا أيضا والاستعداد للاصابة بالسعال  
التشنجي يتناقص بالتقدم في السن ويكاد ينطفيئ بالكلية عقب الاصابة به ذا  
المرض اول مرة

### • (الصفات التشريحية) •

حيث كان من المظنون ان السعال التشنجي مرض عصبي فقد بحث في الجثة  
مع الالتهابات الكلبي عن الحالة التي عليها العصب المحير والتخاع المستطيل  
فقبيل انه وجد في بعض الاحوال ان غمد العصب المحير من تشع منتفخ  
والعقد الشبيهة المجاورة لهذا العصب التي يمكن ان تكون ضاغطة عليه  
منتفخة ومتزايدة في الحجم وان التخاع المستطيل محقق وكذا أغشيته لكن  
هذه المشاهدات نعد وحيدة واما الاحوال التي لم يوجد فيها بالبحث  
التشريحي ادنى تعبير في الاعصاب والاعضاء العصبية المرضية فزينة قهبي  
كثيرة جدا

ولاشك في ان الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية يعتبره على الدوام تغيرات  
تشريحية لكن يعسر علينا جدا اثبات وجودها في الجثة ولكون الغشاء  
المخاطي للقنوات الهوائية الغليظة يحتمل على كثير من الالياف المرنة لا بد  
وان احتقانه البسيط الموجود مدة الحياة ولو بعد الموت بدون ان يترك  
أدنى أثر كما انه لا يمكن التحقق من وجود الانتفاخ الخفيف في الغشاء المخاطي  
ورخاوته ونضجه بعد الموت أيضا ومع ذلك فالفرق العظيم بين الظواهر  
المرضية الموجودة مدة الحياة والتغيرات التشريحية بعد الموت في السعال  
التشنجي لا يستغرب فانه يوجد ايضا في غير هذا المرض من الاصابات

التزلية للمسالك الهوائية ووجود في جثة الهالكين من هذا المرض غالباً تغيرات تشريحية واضحة وهي عبارة عن أثر المضاعفات التي أحدثت الانتهاء الحزن وتلك التغيرات لا توجد في الأحوال البسيطة من هذا المرض فإنه يندر أن يؤدي الموت في هذه الحالة الأخيرة وتلك التغيرات عبارة عن التقدد الخلفي الرئوي الشهيق المسفر الذي كثيراً ما يشبه بالانفزيما الرئوية وعن الهبوط الرئوي المستدوال التهابات الرئوية التزلية المختلفة الدرجة ويندرج التهابات ليفية في المسالك الهوائية والرتين والسحايا أو استسقاء دماغي

### • (الاعراض والسير) •

يتميز عادة السعال التشنجي ثلاثة أدوار وهي الدور التزلي والدور التشنجي ودور الانضغاط أو الجحرجان فأما الدور التزلي ففي كثير من الأحوال يبدئ بصمى نزلية شديدة يكون فيها الجحرج في الملتحمة ونزع من الضوء ويغضب المريض فيها بسعال مؤلم وعطاس متوال وفي هذه الحالة لا يمكن الطبيب الظن بظهور سعال تشنجي ما لم يكن له معرفة من قبل بسلطان وباء هذا المرض فلا يعتبر هذا الالتهاب التزلي المنتشر ابتداء لهذا المرض ولو ظهر فيها بعد مجيء أعراضه بل يعتبر من أعراض سابقة عليه وفي العادة يزول بعد بعض أيام كل من الحركة الحسية وحرارة الملتحمة والنزع من الضوء والالتهاب التزلي في الغشاء المخاطي الانفي لكن السعال يستمر ويستعزم متعباً ويمتلئ القم والحلق بعد السعال بكمية عظيمة جداً من المواد المخاطية الزبجة الشفافة ووجود هذا الإفراز اللزج الغزير الخصوص الذي هو من الأعراض الواصفة للسعال التشنجي ولومدة دوره الثاني بصير تشخيص هذا المرض أكيداً واما قليل يكتسب السعال وصفاً مخففاً وصافياً طعيباً وظواهر انعكاسية شديدة في عضل الحنجرة وانسداد تشنجي في فوهة المزمار وحيثه فيبتدئ الدور التشنجي من هذا المرض

ثم انوب السعال فيبتدئ بلفظ مستطيل حاد صغيري (وهذا يحصل من مرور الهواء الداخل يسط من فوهة المزمار المتضائق) ثم يعقب ذلك بسعال زفيرى قصير مقطوع (وذلك لان الهواء الخارج مع الزفير بسرعة لا يمكنه فتح المزمار

الاولقيا) ينقطع بالشهيق المستطيل الرنان وكل من الشهيق المذكور نوب  
السعال المفقودة الرئانية يتعاقب الى ان ينقذف الافرازات الحاطية المزيج بعد  
دقائق قليلة ويخرج من الحلق الى الخارج بسدد الامهات أو بجر كرات التي  
وهو الغالب معصوبا بالمواد المحتوية عليها المعدة وبالتقباض التنسجي  
للمزمار مدة فعل مجهودات الزفير الشاقة يمنع كما تقدم استقراغ الاوردة  
الودجية اى انه يحدث نوباً سيانوزية حادة فتصير الاطفال مدة النوبة ذات  
لون احمر اسكن او مزرقي ويتفتح الوجه وتدمع العينان وتجفط من  
الجباين ويظهر اللسان نحيباً مزرقا والطفل تكون هيئته شبيهة بحالة  
الاختناق ولا يدوم مدة النوبة حصول نزيف من الانف والقيم والاذنين  
أو غرق في أوعية اللكمة فيرتشح الدم اسفل منها بحيث تتغير محنة الاطفال  
مدة أيام أو أسابيع

والتي الذي ينقذف به جميع محتوي المعدة في الاحوال الثقيلة كل نوبة  
سعال كثيراً ما لا يكون هو العرض الوحيد لانضغاط متحصل البطن مدة نوب  
السعال الشديدة بل قد يشاهد كذلك خروج البراز والبول بدون ارادة  
أو فتوقا وسقوط في المستقيم او نحو ذلك وفي العادة تسبق نوبة السعال التي  
تتردد اربعاً وعشرين مرة أو تزيد في طرف اربع وعشرين ساعة باحساس  
دغدغة في الحلق والاطفال عند ادراكها اذ لك تخشى من حصول النوبة  
فتنهض فازعة الى مراضعها وتبحث عن نقطة ارتكاز للرأس او تبسدي في  
البكا وعقب زوال النوبة تبقى في حالة هبوط وملل وتحس بالام على طول محل  
اندغام العضلات البطنية ثم ترجع الى حالتها بعد زمن قصير وتعود الى اللعب  
ثانياً وتأكل بشهية الى أن تسكدر الراحة بنوبة أخرى

وتقلب الظواهر المرضية المذكورة هو الذي ارتكن اليه في القول بأن  
السعال التنسجي مرض عصبي في العصب المخبر نعم لا ينكر ان نوب السعال  
التنسجي ليست على الدوام نتيجة لسبب ظاهري مدرك ولو أنه كثيراً ما يحترض  
حصول النوبة كل من التكم بصوت عال والاضطراب والبكا والازدراء بل  
من الواجب الاعتراف به أن نوب السعال يكترحصولها غالباً بمدة الليل بدون  
انخفاض درجة حرارة المريض وان من العمر جسد الوقوف على

الاسباب التي ينشأ عنها هذا الامر المشاهد لكن ان سأل الطبيب الامهات  
الفلطنة او شاهد بنفسه طغلا ناعما استيقظ بنوبة سعال تشنجي تحقق من أن  
نوبة السعال تسبق بخرخرة مخاطية خفيفة مدركة في الخجيرة ولو بمدة قصيرة  
جدا واذا نظر في حلق الطفل عند ابتداء السعال يوجد البلعوم غملا بمادة  
مخاطية لزجة تنتهي عند انقذافه نوبة السعال كما ان نجمعه يوقظها ثم انه متى  
انقذف الاقراز المخاطي لا بد وان يمضي زمن طويل حتى انه يجمعه فانيا يحدث  
نوبة سعال جديدة وبذلك ينشأ شبه تقطع وسيزدي نوب ثم ان كل نوبة تكون  
سببا في تهيج الغشاء المخاطي الخجيري وكلما كان هذا التهيج شديدا كان  
تجمع المواد المخاطية ثانيا سريرا وكان ظهور النوبة الجديدة أكثر قربا  
ثم بعد استقرار دور التشنج ثلاثة اسابيع او اربع وفي احوال اخرى مدة  
ثلاثة اشهر او اربع يتبدى دور الانحطاط فيقصد الاقراز المخاطي النزلي  
لزوجته وشفافيته ويصير مادما مصفرا غير شفاف بمعنى ان الاقراز القميصي  
تضجبا وتغير الاقراز هنا يدل كذلك على ان احتقان الغشاء المخاطي الخجيري  
وتهيجه حصل فيهما تناقص عظيم فالمؤثرات البادية الخفيفة لا يمكنها احداث  
نوب السعال التشنجي بل وتصير هذه النوب قصيرة لسهولة لسهولة قذف الاقراز  
المخاطي وتلطف الحركات الانعكاسية عقب تناقص تهيج الغشاء المخاطي  
وزول التي التي به تنتهي نوبة السعال ان لم يؤثر تأثيرا جديدا في الغشاء  
المخاطي الخجيري مهيجات قوية جدا فتحدث نوب سعال شديدة جدا  
كالابتدائية وحصول النكثات في هذا المرض قريب ان لم يحفظ الطفل من  
مؤثرات مضرة جديدة فان الغشاء المخاطي يصير كثيرا لمساسه جدا ولو بعد  
شفاء الطفل بالكلية فتكون كل نزلة خفيفة معصوبة بسعال تشنجي وتضايق في  
المراد بحيث يذكرا المرض القديم الذي كان قد اعتري الطفل أولا  
وأما بالبحث الطبيعى فلا يستدل على علامات واضحة في أثناء الفترات فان  
صوت القرع يكون طبيعيا ولا يدل السمع الاعلى علامات التهاب نزي وما  
عدا ذلك من الظواهر المرضية خاص بالمضاعفات وصوت القرع في أثناء  
النوب ما دامت دفعات الزفير القوية مستمرة يكون تعاقول المعلم وقشر  
قصير اضعيفا أصم وهذه الظاهرة مبنية على كون الهواء المتحصر في الرئتين

يعتريه ضغط عظيم في اثناء ذلك بحيث انه يحدث ضغطا في جهته على جدر الصدر وجوهر الرئة فيعترهم ما عر د عظيم فلا يحصل فيها تخرج واضح عند القصرع عليها وبالتسمع لا يحس مدة الشهيق العميق الرنان اللفظ الطبيعي في التنفس بل المسجوع لفظ صغير يمتد وفي اثناء الرقير المتقطع لا تسمع الغاط تنفسه واضحة ولو ان الاذن تدرك او تحتاج الصدر

وفي اغلب الاحوال ينتهي السعال التنشجي بالشفا والعامة نعتقد ان ذلك لا يمكن قبل الاسبوع الثامن عشر الى العشرين وهذا الاعتقاد مخجل للطبيب وخطر بالنسبة للعوام فان ذلك يقعهم في الاهمال والترك وبالمعالجة العقلية اللاتقنة يكاد ان المريض يشقى في ظرف أربعة اسابيع او ستة

وفي احوال أخرى غير نادرة ينتهي هذا المرض بشدة معتبرة تام فقد يخلفه قنوق مبرية او اريسية خصوصا اضعف لال الجوهر الرئوي وقد دلت الابا الرئوية الذي سنسجه بالانقزيز بما الرئوية ونشرحه في مجدها وهذه الانقزيز التي تخلف السعال التنشجي هي السبب في بقا مضيق التنفس في كثير من الاطفال الذين اعتراهم هذا المرض مدة الحياة وأما القول بأن السعال التنشجي كثيرا ما يخلفه الدون الرئوي فلا نقول به على اطلاقه فانه كان يصح قبول هذا القول مدة ما كان معنى السل الرئوي والدون الرئوي واحدا فان كثيرا من الاطفال من يملك ولا يدمن السل الرئوي بعد زوال السعال التنشجي بزمن كثير الطول او قليله لكن شكل السل الرئوي الذي تم لك به من النادر ان يكون هو السل الدون اعني تكون عقد درية دخنية في الرئة وليتم او تلاشيها فيما بعد بل اغلب الاطفال الذين يظهر عندهم علامات السل الرئوي بعد زوال السعال التنشجي يعرض اسابيع او أشهر يكون معتريهم التهابات رئوية نزلية مزمنة يستحيل فيها الجوهر الرئوي الملتب الى مادة جبنية ثم يتلاشى ويقلد حينئذ التهاب الرئوي الترنى المضعف للسعال التنشجي لا يتصل بل ينتهي بما ذكرناه وهذا الشكل من السل الرئوي اكثر حصولا من السل الرئوي الدون

واما الانتهاء الحزن فيكاد يكون نتيجة المضاعفات وان كان بعضها ناشئا عن امتداد المرض امتدادا غير طبيعي او عن اشتداده وارتقائه جدا فان



الالتهاب متى تجاوز القروح الشعبية الرفيعة ووصل الى الخلايا الرئوية نشأ  
عن ذلك التهاب رئوي نوزلي واما ان انسد بعض القروح وبقي بهذه المثابة  
على الدوام ولم يمكن وصول الهواء الى الحويصلات الرئوية المنتهية هي فيها  
قالهواء الموجود في هذه الحويصلات يمتص فتهبط الخلايا الرئوية وتلتامس  
بجدرانها فينشأ عن ذلك الالتهكازيا الرئوية اى هيوط الحويصلات الرئوية  
وقد ذكرنا فيما تقدم ان جميع الاحوال المنتهية بالموت يكاد يظهر فيها بدون  
شك بقايا هذه المضاعفات ومتى شوهد في طفل مصاب بالسعال التشنجي أن  
نوب السعال فقدت صفاتها التشنجية الخاصة وانضم ضيق في النفس وتكررت  
في اثناء سير هذا المرض الحجي وارتفعت حرارته راحته يديه جدا واضطرب نومه  
واعتراه في اثناء الفترات سعال قصير جاف فينبغي في مثل هذه الاحوال البحث  
عن علامات الالتهاب الشعبي الشعري السفلي والالتهكازيا المتعددة  
او الالتهاب الرئوي النوزلي

وأسهل ذلك معرفة طر والالتهاب الخنجري اللبني والتهاب الحويصلات  
الرئوية اللبني أيضا وذلك اما بسبب كون ابتداءه يحصل بأعراض شديدة خاصة  
به أو بظهور الاعراض الواضحة الخاصة بالمضاعفتين النادرين المذكورين  
وأما الظواهر الخفية التي تظراً أحيانا في اثناء سير السعال التشنجي فلا يكاد  
يكون ناشئا عن السكتة الخفية او الالتهاب السحائي او الاستسقاء الدماغي  
فان اوجبة المخ السلية اى ذات التغذية الطبيعية لا تنفرد بسموتها  
كانت شدة الضغط الجانبي الواقع عليهما من مقصليهما وكل من الالتهاب  
السحائي والاستسقاء الدماغي الحاد لا يكفي في حصوله مجرد الاحتقان  
البسيط في المخ وأعشيتنه وان ظهرت في اثناء سير السعال التشنجي تشجات في  
النادر أن تكون اعراضا لامراض الخفية الثقيلة وتندر أن تكون خطيرة  
مهدة للحياة ويوجه حصولها اما بالاحتقان الوريدي البرهي او بارتشاح  
مصل في جوهر الدماغ مع انيميا جوئية تابعة وانما ظواهر انعكاسية عامة  
\*(التشخيص)\*

حيث لا يمكن تمييز نوب السعال المنفردة التي تعقب السعال التشنجي طبعا  
لرأينا عن نوب السعال التي تشاهد في الالتهاب الشعبي السفلي الناشئ

عن تأثير البرد ولا عن التي تعقب دخول اجسام غريبة في الحنجرة ولا التي  
تعقب بعض المؤثرات الواهية عند ارباب الحساسية العظيمة كالتساء  
الاستيريات وان اوصاف نوب السعال في السعال التشنجي مرتبطة  
بالنواميس الفسيولوجية المتسلطنة في هذه الاحول المرضية فلا فائدة في  
ذكر التشخيص التمييزي بين نوب السعال في كون السعال تشنجيا أو غير  
تشنجي وظهور هذا المرض ظهورا وبائيا وكونه لا يكاد يظهر الا في الاطفال  
وكل من استعصا اعراضه واستمرارها يمنعنا عن الخطا واختلاطه بغيره  
وتفقد غالباً الظواهر الانعكاسية في عضلات المزمارة عند الاطفال الصغار  
جداسها لرضع المصابين بالسعال التشنجي وكذا يفقد الوصف الخاص  
بالسعال في هذا المرض فان المرض في هذه الحالة لا يمكن ان يعرف ان لم يعتبر  
كل من الوبائي المتسلطن والافراز المخاطي اللزج الغزير الذي يشاهد عندهم  
كذلك

### • (الحكم على العاقبة) •

عما ينبغي معرفته انه من النادر جدا حصول الاختناق للطفل والاصابة  
بالسكتة مدة التوبة فلا يحصل للطبيب فزع اذا حضر وقت ذوق دقات  
التجارب على ان الامهات في الابتداء يصرن في حالة رعب وقلق ثم لا يهتمن  
فيما بعد بحالة الطفل بل ينتظرن مع السكون انتهاء الاسبوع المقيم للعشرين  
الذي ينتهي فيه المرض حسب اعتقادهن بدون أن يلتفتن الى ملاحظة  
الطفل الى انتهاء هذه المدة والاطفال الذين يكون منهم بعض اسابيع او اشهر  
يكون خطرهم اكبر لاعداءه من ثقب بوتال منهم ولا يكونهم عرضة للاصابة  
بالسعال بل انهم لا يمرضون الا بمرض بسيط او بالدم الشرياني بل  
بسبب كونهم لم يكون بمهولة من اى التهاب زلى شعبي فان الشعب عندهم  
لضيق قطرها تنفسهم بسهولة والالتكازيا ووعوق التبادل الغازي ولو بدون  
الالتكازيا بعد حياتهم وقد ذكرنا فيما سبق مفصلة الخطر الذي يمكن  
حصوله من المضاعفات كما ذكرنا ايضا الامراض التابعة

### • (المعالجة) •

حيث ان السعال التشنجي يكاد يكون دائما مرضا وبائيا ويتشعب منه أصل

معداً للمعالجة الواقية تستدعى إذا أمكن تجنب المحلات المتسطن قيم أو بقاء  
هذا المرض وعزل السليمن من الاطفال عن المرضى سيما من كان يخشى  
عليهم من خطر هذا الداء كالاطفال الحديث السن والضعفاء البنية وأرباب  
البنية الخنازيرية

ولما كان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يزداد عند حصول التهابات نزلية  
في المسالك الهوائية أو وجود الاسباب المحرصة لمصولها يلزم ولا بد حفظ  
الاطفال من البرد مدة تسطن وباء السعال التشنجي ومعالجة الالتهاب  
الشعبي الترنلي البسيط مع غاية الاحتراس والدقة كما أنه في زمن الهيمضة ينبغي  
ايضاً الأشخاص باتباع تدبير صحي جيد وبعالج الاسهال ولو الخفيف بغاية  
الاعتناء مع اعتباره اذ ذلك مرض ضار جداً وقد أوصينا بمجهز الاطفال زمن  
تسطن وباء السعال التشنجي في أودهم على الدوام عند ظهور أذى سعال  
خفيف وحفظ درجة حرارة هذه الاود على نسق واحد لئلا ينهارا وتعالجنا  
على ذلك عدة أساليب فكانت النتيجة عدم اصابة كثير من هؤلاء الاطفال  
بالسعال التشنجي بخلاف غيرهم من بقية اطفال العائلة بعضهم افاة بعد ظهور  
السعال الخفيف عندهم ولم ينجسوا كما ينبغي أصيبوا بالسعال التشنجي

وأما المعالجة السببية فلا يمكن اتمام ما تستدعيه حيث لا قدرة لنا على ابعاد  
المؤثرات المرضية النوعية السلطنة تسلطنا وبأقيا ومن الجائز أن يكون  
التجراح البين الذي تحصل عليه المرضى المصابون بالسعال التشنجي بكثرة عند  
انتقالهم من الحال المتسطن فيه هذا المرض فاشتما عن امتناعهم وتجنبهم  
لتأثير السبب المحدث لهذا المرض المتجدد على الدوام ولذا كان من الموصى  
به تغيير الحال المتسطن فيها هذا المرض تغيراً وقتياً والذهاب الى محال ذات  
صفة جديدة وأما معالجة المرض نفسه فستدعى نفس المعالجة الموصى بها في  
الالتهاب الترنلي الخنصري الشعبي غير الوبائي وجعل السعال التشنجي عبارة  
عن التهاب نزلي يمنعنا عن البحث والميل للاعتماد بوجود ادوية نوعية مضر  
لا فائدة فيه ويلجئنا لاتباع تدبير صحي ذي فائدة لا يعتبره كثير من الاطباء  
الذين يرون ان السعال التشنجي مرض عصبي وذلك مضر بالاطفال جداً  
فلا ينبغي اصلاً استعمال مضادات التشنج المعدنية كاستحضارات الجاس

والخارصين وتترات الفضة كما انه لايجب استعمال مضادات التشنج التباينة كالورياتا والخلتيت والكاستور يوم وغيره وكانه ينبغي رفض استعمال الزايرج والفوسفور والزننج بالكلية ومما يعدم من الضررية استعمال قشور البثور الجذرية الجافة من الباطن ~~وكذا~~ البلاد واليستدواء نوعيا في السعال التشنجي فلا ينبغي حينئذ استعمالها الا اذا استدعت المعالجة العرضية استعمال المسكات في السعال التشنجي

ولا يخفى ما ذكرناه عند الكلام على المعالجة التي اوصينا بها في الالتهاب الشعبي النزلي الحاد من ان منقعة ملح النوشادر والاستحضارات الالتيونية مشكوك فيها بالكلية فلا نوصي باستعمالها في السعال التشنجي وانما في هذا المرض نوصي باستعمال الطريقة المعروفة كما اوصينا باستعمالها في معالجة التلانات الشعبية الحادة والمزمنة وقد زعم الشهير (أبولسبر) أنه يحفظ درجة حرارة معتدلة في اودة الطفل المريض وعدم خروجه منها يتوصل بذلك بمفرده الى الشفاء التام من هذا الداء في بعض اسابيع وهذا القول وان كان فيه مبالغة الا اني من عندما اطلعت عليه وانما تتبعه بقاية الاهتمام والتجاح ولم ازل اوصي به على الدوام فان كان المرض حديثا اوصي بحفظ الطفل في فراشه في حالة تبخير جلدي خفيف وينبغي أن تكون الاطفال الصغار مع امهاتهم او مرضعاتهم في فراش واحد ليسهل احداث التعريق لاني ارجو من ذلك ومع ذلك ينبغي ان اعناقهم برباط من الصوف ويوضع على صدورهم خرق الصوف كما اوصينا بذلك فيما سبق وفي اثناء القبل الحار من السنة لا مانع من اخراج الطفل من اودته في الهواء المطلق انما ينبغي التنبيه بارجاعه فيها قبل المساء وقبل حلول البرودة ويعطى له مع ذلك ما سطر من مشروب اوما قارا أو عسروجا بالعين القاتر وبالجملة ينبغي معالجة الاطفال المصابة بهذا المرض مثل معالجة الاطفال المصابة بتلانات في المسالك الهوائية ليست ناتجة عن اسباب نوعية بل عن تأثير البرد وغيره من المؤثرات المضرة ومن الجائز حصول التجاح بمعالجة هذا المرض بواسطة الجوهر الدوائية المستشفقة على هيئة الرزذ كصاحها في معالجة تلانات المسالك الهوائية انما ليس عندنا مشاهدات عديدة كافية في تأييد حقيقة هذا الامر

واما المعالجة العرضية فتستدعي اولاً استعمال وسائل علاجية بها يمكن تقصير  
نوب السعال وتقيص عددها اذ من العلوم ان هذه النوب كما انها نتيجة  
التهييج السعالى الشديد في الغشاء المخاطي البلعجى تكون خافضة لشدة وقوة  
ذ كرها فيها تقدم انه كلما كانت نوبة السعال الاخيرة اقوى واطول كان تهيج  
الغشاء المخاطي وتاثيره الثانى عن قوة احتكاك الهواء المار عليه وازدياد  
اقراره وتكرار النوبة مرة ثانية اسهل حصولا لئلا يمكن تسكين نوب السعال  
وتقليل عددها امكن بذلك تنقيص مدة نوب هذا المرض وقصرها وبذلك  
ينتهى هذا المرض بسرعة وحينئذ فمن المهم في شفاء السعال التشجيج لتقليل  
عدد النوب وتنقيص شدتها كما انه من الضروري في بحة الصوت المستعصية  
منع التسكلم بصوت قوى ولأجل الحصول على هذه الغاية ينبغي ايضاً اهل  
الطفل ذوى التعقل والادرار بارشاده مع اللطف لابطال حركة السعال  
ما امكنه عقب خروج النفث وانقذافه الى الخارج فان جرأ من السعال  
يحصل من جهة بكيفية غير ارادية ومن جهة أخرى يمكن مقاومة تهيجه  
بالارادة وتقصير نوبه انما يجب على أهل الطفل مراعاة هذه النصيحة  
والتمادي عليها ولا يلقون من عدم حصول الغاية المطبوبة من ذلك بعد  
مضى ايام بل يداومون على ذلك ولو بجملة اسابيع وانظارا من مقاومة  
البالغين لحركة السعال وعدم الانقياد لما يحرضه امر يصلح ان يدفع به السؤال  
عن ذلك بما يحصل له ان يقال ما السبب في ان هؤلاء ولو كانوا عرضة بكثرة  
كذلك للأسباب التي تسترى الاطفال ان ظهرت عندهم نزلات في المسالك  
الهوائية لاتصل معهم الى شدة النزلات التي يجمع عوارضها بهرعة  
بالسعال التشجيج

والذى يساعد بالكلية على نجاح الواسطة السابق ذكرها استعمال مقدار  
صغير من ثانى كبرونات الصودا او البوتاسا عند احساس بقرب نوبة  
السعال أو مع استمرار ضعيفة في الخنجرة فان القلويات الكرونية تنقص  
تماماً المواد المخاطية ولزوجتها كما هو معلوم وبذلك يمكن تقليل لزوجة  
المواد المخاطية المتراكمة حول لسان المزمار فحينئذ يسهل قذفها ويعقب ذلك  
سرعة انتهاء النوبة وحيث كان الامر كما ذكرنا فاستعمال القلويات الكرونية

مطابق للتجارب والنظريات معا

ومن المركبات الدوائية المستعملة بكثرة في السعال التشنجي ما سندكره وهو  
الجرعة الآتية ذكرها

دودة نباتية ح ١٢ = ٠.٥

كربونات البوتاسا جم ١ = ١.٠

ماسقطر ق ٣ = ٧.٠

شراب بسيط ق ١ = ٢.٠

فيعطى من هذه الجرعة مل ملعقة صغيرة عند قرب النوم والظاهر ان فجاح  
هذه الجرعة التام وتقصير نوب السعال الناتج عنها انما هو للقلاويات  
الكربونية لا للدودة ولذا كان شرب نصف كوب من ماء الصودا زمنا فزمننا  
ينفع عنه عين هذا التأثير ولا ينبغي ترتيب تعاطى هذه الجرعة عن كل ساعتين  
ملعقة كما يوصى به غالبا بل المداوم على وجود مواد مخاطية لزجة متجمعة  
وقرب نوبة السعال وبهذه المثابة يسهل على أهل الطفل مداومة الاستعمال  
حيث يتضح لهم انها تسهل السعال وتقلل نوبه وتقصرها بمعنى انها تسهل  
السعال بسهولة

ثانيا لاجل تقصير مدة نوب السعال وتنقيص عددها وتلطيفها يستدعى  
الحال لاستعمال الجواهر الدوائية المخدرة وقد اعتبر كل من المفردات  
الدوائية العديدة لهذه الرتبة العظيمة من أخطاها وهو خلاصة الخمس البرى  
الى اقواها وهو حمض السيانيدى نوعيا في السعال التشنجى ولا سيما  
البلادونا فانها اشتهرت بذلك ولا يلزم التكرار في كون فعل الجواهر  
المذكورة الممكن يمكن أن ينفج عنه قصر مدة سير هذا المرض لكن حيث  
يعسر على الاطفال تحمل هذه الجواهر لكونها تحدث عندهم احتقانات مخجة  
وبجب الاقتصاد في استعمالها على الاحوال التي يكون فيها خطر المرضى  
يزيد عن الخطر الذي يمكن ان ينشأ عن الجواهر المخدرة المذكورة فلا  
تستعمل الا في الاحوال التي يتقذف فيها متحصل المصلحة بفعل التي  
وتضطرب التغذية تبعاً لذلك وعقب استمرار المهدوم وعدم النوم في الاحوال  
التي فيها عوق استقرار أو وردة المخمدة النوبة ينفج عنه اعراض انضغاط المخ

اوالتشنجات ونحو ذلك فان الاحتقان الخفي الذي يؤدي اليه استعمال  
الجواهر الدوائية الخدرة مشكوك فيه والظاهر ان البلادونا لا تقتض عن  
غيرها من الجواهر الخدرة الا يكون عدد الخدرة الناتج عنها يكون واسطة  
للملاحظة تأثيرها ومتى وجدت دلالات استعمال البلادونا واجب اعطاء  
الاطفال الذين سنهم من سنتين الى أربعة  $\frac{1}{8}$  قحمة صباحا ومساء مع الارتقاء في  
المقدار حتى تصل الى  $\frac{1}{4}$  قحمة ويندر أن يزيد عن ذلك ويذاوم على تعاطي  
الجواهر المذكورة حتى يحصل عند الخدرة وقال المعلم (ترسو) ان الاجود عدم  
تجزئة المقدار الذي يعطى يوميا بل يعطى مرة واحدة وذلك لانه ليس من  
الضروري الزيادة التدريجية في تعاطيه حتى يتبدئ ظواهر التسمم  
والاطفال المتقدمون في السن الذين لا يخشى عليهم من استعمال مركبات  
الافيونية لا مانع من ان يعطى لهم مقدار صغير من المرفق نحو  $\frac{1}{16}$  أو  $\frac{1}{8}$   
من قحمة كل يوم محلولا في ماء اللوز المر كما وصى بذلك كثير الطيب (ويست)  
او يعطى لهم بعض نقط من صبغة الافيون

وأما دلالات المعالجة العرضية فانها تستدعي في الاحوال التي يوجد فيها  
تراكم افراز مرضي في التفرعات الرفيعة من الشعب كثف تلك المواد فانه  
زيادة عن خطر تراكمها في حد ذاته يحدث انسداد الشعب هبوطا في الخلايا  
الرئوية المعروفة بالانليكازيا وسنذكر تفصيلا عند التكلم على الالتهاب  
الرئوي التزلي ان هذا المرض ليس عبارة عن امتداد الالتهاب من الغشاء  
الخاطى الى الخلايا الرئوية فقط بل انسداد الشعب وهبوط الخلايا الرئوية  
الذي يحدث هذا الانسداد من الاسباب المهمة ايضا لخدرة لهذا المرض  
بكثرة ولذا مدحت المقيتات بكثرة في معالجة السعال التشنجي لكن لا ينبغي  
استعمالها الا عند وجود الدلالات الواضحة فلا تستعمل كل يومين او ثلاثة  
بدون داع كما يفعل عادة وكما كان الطفل صغيرا وشعبه رفيعة وكان خطر  
انسدادها عظيما كان تكرار استعمالها مع ملاحظة الطفل واجباتي  
أحسن بخراجه مخاطية عقب نوب السعال حالا وازداد ضيق النفس وسمع  
ضعف التنفس الحويصلي في بعض الاصغار يلزم المباداة باستعمال المقيتات  
ولا ينتظر ظهور علامات قيحون الدم غير التامة فكلما اتضحت الاعراض

السابقة تعطى طالع التكرار وأما الاحوال التي لا ينال الطيب فيها  
تجاسسه المقصوده من المقيئات فتوجبها لا ينحصر في كون الظواهر  
الانعكاسية من التي تتم بصعوبة عند ابتداء التسميم بدمض الكربون فقط  
بل من كون المواد السادة للشعب لا تنفذ بمجرد الضغط الميكانيكي الواقع  
على الرتقين من عضلات البطن المنقبضة

وبالجمله فان المعالجة العرضية تستدعي سببا في الدور الثالث من هذا  
المرض استعمال التدبير الغذائي المقوى والظواهر الدوائية المقوية ايضا  
كامراض اللحم والبيض والنبذ والمركبات الحديدية اذا ظهرت اعراض  
فقر الدم وقلة وجهاته اللون ونحو ذلك من الاعراض التي ينبغي المبادرة  
في معالجتها

• (الفصل الثالث في امراض الجوهر الرئوي) •

• (المبحث الاول في الضخامة الرئوية) •

متى وجدت الرئة متزايدة في الحجم فالغالب أن لا تكون في حالة ضخامة بل  
منسوجها يكون بعكس ذلك في حالة ضغور اى متلاش او مختلط وسند ذكر  
شكل عظم حجم الرئة موضعا في المبحث الثالث عند الكلام على الانقباض  
الرئوي

وقد عرّف المعلم (رو كيدسكي) الضخامة الرئوية الحقيقية بانها عابرة عن  
تزايد في حجم الرئة محسوب بنوع حقيقي في منسوجها وهذا الشكل يشاهد متى  
صارت احدى الرتين متلاشية بالكلية بحيث تعوضها الاخرى فتقوى واعظما  
وحيث قد تكون حواجز الحويصلات الرئوية اكثر سمكا وحجما وفيها تزايد  
عدد الاوعية الشعرية ومنسوج الرتقين يظهر انه أكثر مقاومة وتتسع مع  
ذلك الحويصلات الرئوية وهناك شكل ثان من الضخامة الرئوية ذكره  
المعلم (اسكودا) وسماه الشهير (ورجوف) بالتيسم الجعنتي اى المتلون  
بالمادة السمر من الدم للرتقين وهذا الشكل من الضخامة ينتج عن تزايد  
الجوهر الرئوي دون الحويصلات الرئوية فيشاهد في أحوال الاحتقان  
الرئوي المزمن خصوصا عند وجود آفات عضوية في الصمامات القلبية  
القائسوية أو ضخامة في النصف الايمن من القلب وحينئذ تكون حواجز



الاخلية الرئوية هيكة والباف من وجهه متزايدة بحيث لم تكن الرئة متزايدة في الحجم فلا بد وان يصير اتساع الخلايا قليلا ومنسوجها أكثر اندماجا ومقاومة ولونه داكنا ومسمرا ويظهر فيه بقع مسودة بعدد عظيم والتلون بهذه المادة ينشأ عن التزيف الشعري الذي يحصل في باطن من وج الرئة الناشئ عن استقائه الاحتياقي الشديد ويمكن مشاهدة هذه المادة الناشئة عن استقالة المادة الملونة للدم بواسطة الميكروسكوب على هيئة حبيبات سمرء أو مسودة تكون اما في جوهر الرئة أو الطبقة البشيرية من الاخلية الرئوية

وكل من ش. كلّي الضخامة الرئوية يمكن الظن بوجوده مدة الحياة وان لم يكن تشخيصه مع التأكد

\*(المبحث الثاني في الضهور والرئوى المعروف)\*

\*(بالاتقريب الشيوخية)\*

هذا الضهور عبارة عن دقة في الحواجز الخلوية أو تنقبض أو تلتصق بالقدريج وينتج ذلك عن تغذ غير تام في الرئة وضهورها وامتصاص حجمها الناشئ عن تغيرات مرضية في جوهرها ف نوضحه عند الكلام على الاستصالات المرضية وهذا التلاشي التدريجي يشاهد مصاحبا لضهور الجسم ونمو كتله العمومية كضهور بقية الأعضاء سيما عند زيادة التقدم في السن وفي بعض الاحوال قد يحصل الضهور الرئوى بسرعة مع الاتساع دون بقية اجزاء الجسم وحينئذ تصير اعراضه واضحة

ثم ان رئة الشيخ تظهر صغيرة الحجم وحواقيها المقدمة ضامرة بالكلية وبلاص القلب والكبد التجويف الصدرى بسطح متسع وبزوال الحواجز الخلائية يحتل عدد عظيم او قليل من الحويصلات الرئوية فيتكون عن ذلك تجاويف عظيمة الحجم بحيث ينتهى المنسوج الرئوى بكونه يشبه منسوجا شبيكاذ اخلايا متسعة ولا يكون هذا المنسوج جافا خاليا عن الدم يصير عند اللمس هشاً محتويا على مواد متصبية وربما كان ذا لون أسمر أو أسود وهذه المواد الملونة لا تكون ناشئة عن انسكاب دموى بل عن نفس متصل الاوعية الشعرية المتسدة الذى استحال الى مادة ملونة

وفي هذه الحالة يكون صدر الشيوخ منه فطام من الجوانب تصيرا وقصره انما  
نشأ من القادى على انحناء الجذع أو زوال الحلقات بين الفقرات وتكون  
المسوجات المغطية للمدرفى حالة ظهور وكذا العضلات وأما المسافات بين  
الاضلاع فانها تظهر على هيئة ميازيب حقيقة وعند القرع يكون صوت  
الصدر زائفاً للمناسبة تقوس الاضلاع وأما أصمى القلب والكبد فهى  
متزايدة وبهذه العلامات يميز ظهور الرقة الشيوخى عن الانقيز بما الرئوية  
وجود الصدر والرتين بهذه المثابة بوجه ضيق النفس في الشيوخ وكون  
الدم عندهم لا يتم تحميونه وكون وجنتهم وشفتيهم غالباً ملونة باللون الأزرق  
وكل من تضايق التنفس والصفة الوريدية في الدم ينشأ عن تناقص متسع  
سطح التنفس بفقد جدار الخلايا الرئوية وعن تناقص عدد الاوعية الشعرية  
الرئوية وعن ضعف حركة الشهيقي بسبب ظهور العضلات وضعف حركة  
الزفير أيضاً بسبب فقد مرونة الرئة وأما ظواهر السيانوزاى اللون باللون  
الزرق فانها تكون ناشئة عن ظهور عدد عظيم من الاوعية الشعرية الرئوية  
فحينئذ لا يجد القلب الايمن مجالا واثابة كافية لتخليته من الدم فذلك يجس  
الدم في الاوعية الوريدية العظيمة فينشأ عن ذلك امسلاء او ردة الدورة  
الكبرى وتراكم الدم فيها ومتى لم يكن ثم تسامى بين كل من ظهور باقى اجزاء  
الجسم وتناقص مقدار الدم وبين ظهور الرئة وصغر حجمها كانت الاعراض  
التي شرحناها طبقاً لتوجيه سنالها أكثر وضوحاً

وعند البحث بالقرع يسمع صوت واضح جداً بسبب قوچ جدار الصدر  
الرفيعة والاضلاع قوچاً عظيماً وأما أصمى القلب والكبد فانها تكون  
متزايدة عكس ما يشاهد في الانقيز بما الحويصلية وعند التسمع يحس بلغط  
تنفسى عال يزداد كلما كان الفرق بين منسج الانتهاءات الشعبية الضيقة  
والحوصلات الرئوية المتعددة عظيماً ولا معالجة للظهور الرئوى الشيوخى  
المذكور

### • (البحث الثالث في الانقيز بما الرئوية) •

الانقيز بما الرئوية عبارة عن تمدد مرضى أمدد عظيم من الخلايا الرئوية  
باختلاط جلاء منها بحيث تكون حويصلات عظيمة وذلك يسمى الانقيز بما

الحويصلة او هي عبارة عن خروج الهواء الى التسوج العلوى بين  
الحويصلات الرئوية او تحت الصفاق الصدرى وذلك يعرف بالانقباض مما بين  
القصوص وهذا الشكل يشابه الانقباض الذى تحصل فى التسوج العلوى  
تحت الجلد

• (كيفية الظهور والاسباب) •

قد اختلف رأى المؤلفين فى كيفية حصول الانقباض مما الرئوية الحويصلية  
والنظريات التى ذكرت فى هذا الشأن اربعة  
اولها انها تنشأ عن تمدد فى جدران الخلايا الرئوية بتمدد اعظمها مستطيلاً عند  
الشهيق الشاق المسقر (وهذه تسمى بنظريات الشهيق)  
ثانيها انها تنشأ ايضا عن تمدد عظيم مضافى فى جدران الخلايا الرئوية غير انه  
لا يحصل مدة الشهيق بل مدة الزفير الشاق (وهذه تسمى بنظريات الزفير)  
ثالثها انها لا تحصل عن هذه الكيفية المضافية بل عن اضطرابات غذائية  
فى جوهر الرئتين غير متعلقة بتمدده وفترة مدة حركات التنفس  
رابعها انها تنشأ عن حالة مرضية فى جدران الصدر أعنى عن تصلبها وتمددها  
وهذا التقدير يعتبر اوليا ثم ينضم له تمدد الخلايا الرئوية ونحن نعتبر ان الاقتصار  
على القول بأحد هذه النظريات فى جميع الاحوال خطأ انما يمكن ان يكون  
كل منها فى بعض احوال الانقباض مما الرئوية جائزا فى جميعها ثم انما تنقسم  
بالتقسيم القديم للانقباض مما الرئوية الى عوضية وجوهرية فنقول

الانقباض مما عوضية عبارة عن تمدد عدد من الخلايا الرئوية بتمدد اذا نذاعن  
الحدقة امتلاء خلايا رئوية أخرى بالهواء او انسدادها بالصلابة ومن  
الواضح ان متسع الحويصلات الرئوية يتعلق بصددها مع بقاء اقطار  
تجويف الصدر على حالها الطبيعية المنتفخة بهذه الخلايا فان انسداد عدد من  
هذه الخلايا اما بحصول تلاش فيها او امتلائها بجوهر صلبة او سائلة  
او بانسداد الشعب الموصله اليها او بالتصاق وريقتى البلبورا التصاقا يمنع  
من تمدد اجزاء الرئة الملامسة لها تنشأ عن ذلك تمدد زائد عن الحد فى خلايا رئوية  
أخرى يمنع من حصول فراغ ثم ان الانقباض مما عوضية تحصل اولا فى جميع  
الاحوال التى فيها يتلائم جزء من الجوهر الرئوى او ينكمش بدون أن

ينخسف بحر من صدر الصدر بقدر ما تناقص من متسع الحويصلات الرئوية  
 وتحصل هذه الانقباضات في جميع الاحوال التي فيها لا تتمدد جميع  
 الحويصلات الرئوية بقدر ما منتظما حتى عملا الصوف الذي يفتح عن  
 القدر الشهيقي للصدر وفي الاحوال العجيبة تتمدد جميع الخلايا الرئوية عند  
 اتساع تجويف الصدر بقدر ما منتظما بواسطة ضغط الهواء في امتلاء جرم من  
 الخلايا الرئوية بنضح او مادة مصلية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء مع ما كان هذه  
 الخلايا لا تتمدد الشهيقي وحينئذ ينبغي ان تحمل الخلايا التي تقف فيها الهواء  
 محلها بمعنى انها تتمدد ولذا يوجد في جنة جميع المهاجرين بالالتهاب الرئوي  
 او بالاحتقان الانحداري انقباضا عوزية في جميع الاجزاء الغير الهضبة من  
 الرئة وكذا يعقب التصاق البلور الرئوية بالبلور الضلعية انقباضا  
 عوزية مجلسها الحوافي المقدمة والسفلى من الرتين وتوجب هذه الانقباضات  
 بهذه المثابة واضح بالتأمل لحركات التنفس في الحالة الطبيعية فانه ما دامت  
 البلور الجدرانية والحشوية غير ملتصقين وسهل انزلاقهما على بعض  
 كان وقوع ضغط الهواء الباطني على الحويصلات الرئوية في اثناء الشهيقي  
 منتظما وكذا تعددها سواء الحويصلات الرئوية الكائنة جهة الحجاب الحاجز  
 او جهة الاجزاء المقدمة والجانبية من الصدر او الحويصلات الكائنة في قبة  
 الرتين القرسة من العمود الفقري ولو ان تجويف الصدر في الاصغار  
 الاخيرة لا يتعد في اثناء الشهيقي الا ان تعدد الحويصلات الرئوية الكائنة في  
 قبة الرتين وعلى طول العمود الفقري يتم بترسخ باقي اجزاء الرئة وتعددها  
 نحو الاسفل والامام في كانت البلور الجدرانية والحشوية ملتصقين  
 ببعضهما لا يتم الترخح المذكور فان الحويصلات الرئوية الكائنة في قبة  
 الرتين وعلى طول العمود الفقري لا يمكن ان تتمدد فلا تشترك في امتلاء  
 المسافة التي تحصل في اثناء الشهيقي وتعد الصديقا لاجزاء الباقية  
 من الرئة سيما حوافها المقدمة والسفلى تحمل عملها اعني تقوم بها في الفعل  
 وبذا يحصل فيها تمدد زائد عن الحد وكذا الانقباض الرئوية التي تضاعف  
 كثيرا الثلاث الشعبية المزمنة ينبغي اعتبارها احيانا عوزية فانه متى حصل  
 في اجزاء الرئة تضيق في القروح الشعبية الرفيعة عقب انتفاخ الغشاء

الخطاطى أو تجمع مواد مخاطية بحيث لا يصل الهواء الى الحويصلات الرئوية  
الموازبة لها هذه القربعات الشعبية المتضايقة لا بعسر عظيم فلا تشترك  
اجزاء الرئة حيث تدفق مل وتجوف الصدر المتدبعل حركات الشهيق فيلزم  
ان باقى اجزاء الرئة التى ليست مجلدا لا التهاب نزل من وشعبها غير متضايقة  
تعمل محلها اى تعرضها لتعدد دازائد اعن الحالة الطبيعية

وزيادة على شكل هذه الانقيز بما العوضية المزمنة يشاهد فى الانحناص  
الهالكين من الالتهاب الرئوى او من الاوذ بما الرئوية الانحدارية انتفاخ  
الحواقي المقدمة من الرتين وتعددها بالهوا بحيث تعدد حويصلاتهم اعدادا  
عظيما وهذه الحالة هى المعروفة بالانقيز بما العوضية الحادة فان مثل هؤلاء  
المرضى لتعذر التنفس عندهم لا يمكن لهم ادخال الهواء مدة التزع الا فى جزء  
من الرئة فقط فالقراغ الذى يحصل فى تجويف الصدر عندهم عقب تعدده  
يمتلئ بقدر بعض الحويصلات الرئوية تعددا انقيزيا او باى هوائيا وملاحظة  
الانقيز بما العوضية الحادة فى الجنة وعدم خروج الهواء من هذه الاجزاء  
الصغيرة المتعددة بعز كه الزئير الاخير وكونه لا يندفع عند فتح التجويف  
الصدوى بروية المنسوج الرئوى انما تنتج هذه الظواهر عن امتلاء الشعب  
بافراز مخاطى وهو عائق ذو مقاومة اقوى من مرونة الرئة وكل من الانقيز بما  
العوضية المزمنة والحادة يتميزان واضحا عن الحقيقة (اى الانقيز بما  
الطهرية) ولا همتما تكون مرضا رئويا ذا أهمية عظيمة قائما بنفسه

وعلى حسب ما ذكرناه يتضح ان المعول عليه فى حصول الانقيز بما العوضية  
التفاريات الشعبية فان تكونت هذه الانقيز بما تكونا خلافا فى اثناسير  
الالتهاب الرئوى والالتهادى غزقت الحواجز بين الخلايا الرئوية بخلاف  
ما اذا تكونت تكونا من مناعقب التساق وبقى البليورا والزلزلات  
الشعبية المزمنة فان جدران الخلايا الرئوية يعترضها الاش تدريجى فتسترق  
وتتمزق ويتكون عن اجفاح جلة خلايا رئوية حويصلات عظيمة وينبغى  
رفض ما اقتسر من القول بأن التعدد الزائد عن الحد جدران الخلايا الرئوية  
بدون تغير مادي فيها بل مرونتها فانه يترتب عليه ان تعدد الخلايا الرئوية  
يتعلق بمجرد تناقص مرونة الرئة (كتعدد الدوان من تعدد دازائد اعن الحد

أو أنبوب من الصمغ الرن تبق مقلدة على الدوام) ومن الحق أن الرئة  
المقلدة تعدد انقباضها وابتعادها ونفثها وإن كان توجيه السابق خطأ  
فإن قدس دمونة الرئة إنما ينشأ عن الفرق أو الصعود التدريجي لعناصر  
الرئة المرنة

وأما الانقباض الحقيقية أعني شكل الانقباض الحويصلية الذي يجب  
يصل تعدد الحويصلات الرئوية لأجل مل مسافة خاليق من الصدر بل قد  
يكون هذا التعدد وليا ذاتيا فإنه يظهر في معظم الاحوال عقب وتر جدر  
الحويصلات الرئوية وتر أشبه بقباسقرا إذا من الحدود وقد هاهي تنشأ  
على رأى المعلم (لينك) بالكيفية الآتية وهي أنه متى وجد عائق في الفروع  
الشعبية الرفيعة يمنع مرور الهواء فيها كالانتفاخ الزلى في الفشاء الخلطى  
أو تجمع مادة مخاطية لزجة فيها فإن هذا العائق ينشأ بفعل العضل القوى  
الذى يصاحب حركة الشهيق ولا قدرة لحركة الزفير على فكه لكونها تتم بقوة  
ضعيفة جدا أعني بقوة دمونة الرئة والصدر والاعضاء الحشوية المنضبطة  
وقت الشهيق فمن ذلك يتبين جرم من الهواء مضطربا في الحويصلات الرئوية  
ويحركه الشهيق الجليد يدخل جزءا من الهواء بدون أن يمكنه الخروج  
وبذلك تتلقى الحويصلات الرئوية وتزداد شأفا وقد صار اعتراض هذا  
التوجيه بأمرين أحدهما عدم حقيقة الرأى القائل بأن الشهيق يتم بقوة  
زائدة عن القوة التى يتم بها الزفير لاسيما الزفير الشاق وهذا الاعتراض حقيق  
فإننا قد بينا فيما سبق أنه بالرغم الشاق تستفرغ الفروع الشعبية الغليظة  
ما فيها من الهواء وأما الظلايا الرئوية والفروع الشعبية الرفيعة فإنه يحصل  
باعتقارها من الهواء معوق أو تنسد بالكلية كما وجهنا بذلك فيما تقدم  
مكتفة - حصول التعدد الحويصلى الرئوى الشهيق المنقر عند وجود  
الالتهاب الشعبى الشعري وثانيهما هو أن توجيه المعلم (لينك) يجوز أن  
يكون كافيا لو كانت الحويصلات الرئوية فى الانقباض الرئوية لا يبعثر  
تعددها التعدد الذى تصل اليه الحويصلات الرئوية بترتة سليمة عند الشهيق  
الضعيف جدا فهذا الرأى لا يمكن حقيقته في توجيه تعدد الحويصلات الرئوية  
تعددا انقباضيا فائقا من الحد وهذا الاعتراض الأخير يلقى عند التأمل من

استخلاص المقدد الخلاق والشهيبي المسقر بالمقدد الخلاق الاتقزيم اوى فان  
الاول يمكن ان يزول ويشق بالكلية عند زوال العائق (وهذه الاحوال  
هى التى يعتبر المؤلفون انها احوال شقيت من الاتقزيم)  
وعند بقاء المقدد الحويصل الشهيبي واستقراره زمن اطول لا لايد ان يعتري  
جدر الحويصلات الرئوية تفسير جوهرى هو رضى بسبب تمددها وتوترها  
المستقرين فتقع فى الضمور وتسترق وتتقرب فيختلط جلد منها بعضه ويكون  
حويصلات عظيمة وحينئذ تكون الاتقزيم الحقيقية اى الجوهرية  
تتوابع الاتقزيم الحقيقية بتوتر جدر الخلايا الرئوية الشهيبي الزائد عن  
الحسد وتمدددها لا يطبق على جميع الاحوال بل هناك اشكال اخرى منها  
كثيرة الحصول توجد بالنظريات الزفيرية انبها ينضج حصول الاتقزيم اى  
الاجزاء العليا من الرئتين بواسطة الشهيبي العنيف المتردد مع تضايق المزمار  
وهو انه فى اثناء نوب السعال الشاقة المصاحبة للسعال التشخي والالتهابات  
الزلية المزمنة فى الشعب ونحو ذلك يتناقص تجويف الصدر بقوة مع تضايق  
فى المزمار فانقاذ الهواء يجد عائقا فى خروجه وكذا عند فعل مجهودات  
زجرية وعند النفخ فى الآلات الموسيقية ورفع اثقال وفعل مجهودات  
جسمية شاقة يعاق كذلك خروج الهواء من المزمار مع تضايق  
تجويف الصدر ايضا وتضايقه يحصل بانقباض العضلات البطنية والذى  
يتضابق فيه هو الجزء السفلى منه بانقباض العضلات المذكورة وحتى لم يمكن  
خروج الهواء من المزمار فانه ينطرد جهة اجزاء اخرى من الرئة لم تكن  
منضغطة بالفعل العضلى فتحوقة الرئة ونصوصها الصغيرة التى توجد فيها  
الاتقزيم الحقيقية على الدوام فان الحويصلات الرئوية فى هذه الاجزاء  
تتدد جدا بسبب انضغاط الاجزاء السلى وحينئذ تنكأ جدرها اضطرابات  
غذايئة عقب الضغط المتكرر الواقع عليها من الهواء المندفع نحوها بقوة  
دفعها ثباتا قدامى وتهاوتتيس وقد شاهدت شخصا قوى البنية مفعودا  
فيه العضلة الصدرية الصغيرة وجر عظيم من العضلة الصدرية العظيمة من  
الجهة اليسرى من الصدر فكان يرى عند سعاله او فعل مجهودات اندفاع  
الهواء فى الاجزاء العليا من الرئة مع الوضوح بحيث ان المسافات بين

الاضلاع العليا كانت تنقص نحو الظاهر وتبرز بروزا واضحا وبشاهد  
كذلك هذا الامر عند النقص ولو قلل الوضوح

وحيث تشاهد احوال أخرى لا يمكن توجيهها بالنظريات السابقة ساغ لنا  
توجيه الانقباض الرئوية الحقيقية باضطرابات غذائية غير معلومة في جذر  
الخلايا الرئوية ومن هذا القبيل الانقباض الحقيقية الوراثية

كما ان هناك احوال امن هذه الانقباض بما يسوغ توجيهها بالنظريات السابقة  
وهي تمدد جذر الصدر تمددا اوليا يعقبه تمدد في الحويصلات الرئوية  
واضطراب غذائي في جذورها كما يشاهد ذلك عند بعض الأشخاص البالغين  
ومثل هذه الاحوال وان كانت نادرة الا انه بالتأمل فيها يرى انه يسوغ  
توجيهها بنظريات الطبيب (فرن) المذكورة

واما الانقباض بما بين الخلايا فانها تنشأ بالكيفية الآتية وهي ان الهواء  
المتدفع بقوة نحو الاجزاء العليا من الرئة اذا منقح جذر الحويصلات  
الهوائية المتقدمة تمكدا عظيما دخل في حالات المتسوج الخلوي الضام وتحت  
البيور ايضا فيتكون عن ذلك هذا الشكل ويسمى بالانقباض بما بين الخلايا  
او بين القصص

ثم ان الاستعداد للاصابة بالانقباض ما قد يكون وراثيا كما انفع من  
التوجيهات السابقة لكن أكثر ما يشاهد هذا المرض في الاطفال ويكون  
ناشئا عن التهاب السعال المزمن في الشعب كما يحصل ذلك في الاطفال  
المقوسة العظام مثلا او عقب السعال التنفسي الخاص بالطولية تقريبا  
والاستعداد للاصابة يزداد بتقدم السن لان التهاب الشعب المزمن  
(الذي هو أكثر الاسباب اثنا للانقباض الرئوية) في هذا السن مرض  
كثير الحصول جدا سيما الشكل الخاف من التلذات الشعبية

والاسباب المقومة للانقباض الحقيقية الرئوية طبعا لما ذكرناه فيها تقدم هي  
الالتهابات المزمنة في الجوهر الرئوي مع تلاش فيه والتهابات البيورامع  
التصاق وريقاتها التصاقا تمكدا والتلذات المزمنة لفرع الشعب الرفيعة  
مع تضيق فيها ونوب السعال الشديدة المتكررة سيما نوب السعال التنفسي  
والتلذات الشعبية الجافة والنقص في الاكلات الموسمية ونحوها ورفع الاثقال



الحقيقية وهو قد قسم المشاق الجسمية وفي بعض الاحوال قد لا تعرف  
الاسباب القوية لهذا المرض

• (الصفات الشريفة) •

في الاتقزيم العوضية المزمنة التي توجد حول الاجزاء الرئوية للسننة  
او الناعمة تظهر الخلايا الرئوية المتقدمة منها على هيئة حويصلات صغيرة  
شفافة في حجم حبة الشداج وتدوان تتددتدا عظميا جدا واما الاتقزيم  
العوضية الحادة التي تحصل مدة القرع فيشاهد منها في الحوائط المتقسمة من  
الرئتين اجزاء مبراهنة او مبيضة متكونة من حويصلات صغيرة  
كثيرة اما تكون متسدة تتددا عظميا وهذه الاجزاء يتضح تميزها دون باقي  
اجزاء الرئة السليمة المحيطة بدم كمن وملتصقة هذه الاصقان يكون ناعما وتتم بها  
على تمام اسرع عند شقها وتكون الخلايا الرئوية عظيمة الحجم وجدرانها  
مستدقة واحيانا تلتصق الحوائط التي تكون بينها فتتصلط بعضها فبعض  
تكون حويصلات ذات حجم متفاوت العظم وهذه الحويصلات المستفحة  
يملأ ببولها السريع عند شقها على ان مرونة جدرانها تزل مخفولة  
وان هذا الاقتناخ انما شاق قبل فتح الصدر من السداد الشعب وبذلك  
يتميز هذا الشكل عما بعده

واما الاتقزيم الحقيقية فجلسها كما ذكرنا غالبا في قمة الرئتين وفصوصهما  
العليا فيما اذا كانت ناشئة عن الزفير الشاق مع تضيق في الزمراة وفي جسم  
الرئتين وفصوصهما السفلى فيما اذا كان منشؤها التدد الشهيقي المستمر للخلايا  
الرئوية وقد تكون أكتظاظها وامتدادا في احدى الرئتين دون الاخرى  
واقطاما القص المرض كثيرا ما تكون متزايدة جدا بحيث يظهر ان الرئة كأنها  
متزايدة الحجم وكان تجوف الصدر ليس به محل يسعها فتبرز عند رفع القص  
وتنفذ الرئة مرونتها وانكماشها في الاجزاء الاتقزيمية بقليل لا تبيط عند فتح  
الصدر ويصير ضغط الهواء متعادلا في الظاهر والباطن بل وعند شق هذه  
الاجزاء لا يخرج الهواء الا بغيره بدون احساس باللفظ القرقي الذي يسمع  
عند شق الرئة السليمة وتلامس الرئتان في جميع اجزاء حوافها المتقمة  
فكثيرا ما تغطي الرئة اليسرى التامور بالكلية واليسرى كثيرا ما تنسقط الى

حافة الاضلاع الاخيرة والخلايا الرئوية تقسم ايصل حجمها الى حجم الحصة  
وشكلها محذب بغير انتظام وكثيرا ما تكون الحدود بين الخلايا الرئوية في  
حالة ضمور او منتفخة أو ان هذه الخلايا عند وصولها الى حجم القولة لا تظهر  
جدرانها الا على هيئة اشربة قليلة الوضوح والجوهر الرئوي يكون جافا جسيما  
خاليا عن الدم في الاضلاع والانتفخ عاوية بسبب زوال عدد عظيم من الاوعية  
الشعرية مع الجوارح الخلائية ولا يكون لونه ورديا ولا مبيضا كما في الشكل  
السابق بل ملونا بالمادة السوداء كثيرا او قليلا بسبب انسداد الاوعية  
الشعرية واستحالة متصلها الى مادة مسودة وفي الاجزاء الرئوية التي بقيت  
سليمة يكون الجوهر الرئوي كثير الدم رطبا وذيماويا

وأما الانتفخ عاوية القصص فتكون حويصلات صغيرة تحت البليورا  
ملوة بالهواء بحيث تعلو لهذا الغشاء هيئة كأنه مرتفع عمادة رغوية وهذه  
الحويصلات تنزع عن محلها عقب الضغط وبذلك تميز الانتفخ عاوية القصصية  
بسهولة عن الحقيقية وكثيرا ما يوجد الهواء المنتشر في المنسوج الخلاوي  
بين الخلايا وفصيصات الرئة محيطا بالكلية ويندو وجود فقاعات عظيمة بها  
تنعزل البليورا عن الرئة في امتداد عظيم ويكاد ان لا يحصل ذلك بالكلية لان  
نفس البليورا تمزق وينفذ الهواء في تجويفها وانه بعد مزجها تمزقا على طول  
جدار الرئة ينتشر في المنسوج الخلاوي من الجباب المتصف ثم تحت الجلد  
فتتكون حينئذ الانتفخ عاوية تحت الجلد واما الانتفخ عاوية القصص التي  
تشاهد عند فتح الرئة فليست الا ظاهرة رمية في كثير من الاحوال ناشئة عن  
تكون غازات عتقة في الجوهر الخلاوي الضام

### • (الاعراض والسير) •

لا يمكن تشخيص الانتفخ عاوية القصصية المحدودة بحد المزمنة مدة الحياة الا  
نادرا ونهاية الامر الظن بوجودها ان استبان ان الصوت الاصم الذي كان  
يسمع عند القرع على احدى فتي الرتين صار ناعما بالتدريج شيئا فشيئا وكان  
لا يمكن القول بان تكاثف جوهر الرئة الذي أحدث الاصبية قد زال  
ومنى استطالت مدة النزع واتضحت علامات الالتباب او الاحتقان  
الاخذاري وشهد في آخر اوقات الحياة تمدد عظيم في تجويف الصدر

وكانت الشعب معلقة بجلاء متخاطبة دل ذلك يقينا على ان في الرمة انقيزيا  
عوضية حادة

واما اعراض الانقيزيا الرئوية العوضية الممتدة المزمنة والانقيزيا  
الحقيقية فلها مشابهة تامة ببعضها فان الظواهر المرضية في كلا هذين  
الشكلين تنتج عن ضور الحواجز الخلائية واضطراب تغذيتها وسند كرفها  
بعد التخصيص القيمي بين هذين الشكلين وفي كثير من الاحوال لا يمكن  
تمييزهما عن بعضهما مادة الحياة وهذه الاعراض في كلتاهما تستجيب بسهولة من  
التغيرات التشريحية في الجوهر الرئوي التي تقدم ذكرها فانها من النتائج  
القياسية الضرورية لها

ففي عددت الحويصلات الرئوية وفقد عدد عظيم من حواجزها زال عدد  
عظيم من الاوعية الشعرية وتناقص متسع سطح التنفس وهذا هو السبب  
الذي يفتق عنه ضيق النفس عند الانقيزيا وبين وضع فتحة التبادل الغازي  
الرئوي عندهم وقلة تحيرون الدم لانه متى فقدت مرونة جدران الحويصلات  
الرئوية فلا يخرج من الهواء المحتوية عليه الاقليل وينعبس معظمه في الخلايا  
الرئوية المتعددة وبالشهيق التالي لا يضاف الى الهواء المنعبس الا جزييسير من  
الهواء النقي وهذا التبادل غير التام في متحصل الخلايا الرئوية ينشأ عنه عوق  
في وصول الاوكسيجين للدم وتخرج حمض الكربون منه فان الاوكسيجين  
لا يحتاج بالدم وحمض الكربون لا يتصاعد منه الا اذا كان في متحصل الخلايا  
الرئوية من الهواء او كسجين اكثر من حمض الكربون في الدم ومتى لم يتجدد  
هواء الخلايا الرئوية يفقد التبادل الغازي بالكلية واذا كان التجدد غير تام  
كما في الانقيزيا الرئوية فان الدم يكون مشحونا بكمض الكربون ويقل دخول  
الاوكسيجين فيه وزيادة على ذلك نرى ان الرتين المصابين بالانقيزيا يبرزون  
منهم عدد عظيم من جدران الخلايا الرئوية مع الاوعية الشعرية المحتوية عليها  
وكما كان عدد اصغارا الملاصقة بين الهواء والدم عظيما كان التبادل الغازي  
اكثر سهولة ففقد الاوعية الشعرية يكون عائقا آخر عظيم للتنفس ولا  
يوجد حينئذ في الانحطاس المصابين بالانقيزيا حالة ويريد في الدم وجميع  
ما يوجد في هيئة المريض الظاهرة يدل على صعوبة التنفس وعسرته وتطلب

الهو ان يقصر في كل جهده لاجل تعدد تجويف الصدر فعند كل شهيق يقصر كل  
 جناح الاتفوتين وعضلات العنق وروازا ضايل يحصل في هذه العضلات  
 ضخامة بسبب مجهوداتها المسقرة وتعين على تكوين شكل الصدر الخاص  
 بالمصابين بالانفريز مما وسد كره فيما باقى وبالجملة فان المريض يقع في حالة  
 ضعف عضلى من قلته حركته فيحبون الدم اى لقلته دخول الاوكسيجين فيه  
 وتساعد حش الكربون منه والى هذا ينسب الجود والاضططاط الذى يحصل  
 للمرضى

واذا انضم الى هذه العوائق المانعة لتبادل الغازى عائق آخر كامتلاء الامعاء  
 فانه يمنع انخفاض الحجاب الحاجز وتعدد المسدد وانضغاط الوريد الباب ينتج  
 عنه قهقهر الدم واحتباسه في اوردة المعدة والامعاء فينشأ عن ذلك التهابات  
 نزلية في هذه الاعضاء ومن هذه المثابة تنتفخ اوردة الامعاء الغليظة والمستقيم  
 بكثرة وتصير دالية (وهى العقد الباسورية) وتظهر هذه الحالة بعلمت عند  
 المرضى فرحاططيا فانهم سطلما يعتقدون انهم وقفوا على حقيقة مرضهم  
 ويتعشون بقصص المرض من حصول السيلان الباسورى الجزاى لهم  
 ومثل ذلك اذا اعتري المرضى نزلة معدية معصوبة بتناقص الشهية فانهم  
 يعتقدون ان مرض المعدة هو ينبوع الحقيقى لمرضهم ويرجمون ان بهم  
 سعال معدى

وكذا يحصل بسبب استقراغ الاوعية الوريدية الغليظة غير التام احتباس  
 متحصل القناة الصدرية ووقوفه فيها فانه متى امتلأ الوريد تحت الترقوة  
 بالدم يحصل في سيلان الينفا والكياوس تعسر كما يحصل في سيلان دم الاوردة  
 التى نصيب متصلها في الوريد تحت الترقوة وحيث ان الينفا هي ينبوع  
 المادة الليفية في الدم كما اثبتته العلم (ورجوف) مع الايضاح وانما هي التى  
 توصل لدم مواد الليفية فمن الواضح ان دم الاشخاص المصابين بالانفريز بما  
 الرئوية يكون قليل المادة الليفية وان سوء الاخلط الوريدى ينافى وجود  
 سوء الاخلط اللبني اعنى ازدياد المادة الليفية في الدم ثم ان المانع الحاصل  
 في انصباب الكياوس ووصوله الى الوريد تحت الترقوة ينشأ عنه عوق في  
 تجديد الدم وتولد تناقص في جميع التغذية العامة وبذلك يتعسر حصول

الصلابة عند المصابين بالانقباض مما فاقه من جملة الاسباب التي يوجهها حصول  
التعاقب العامة عند المصابين بالانقباض والتهوية السريعة كما يوجهه قلة  
احتواء مصل الدم على المادة الزلالية وفقدانها منه وهذا يساعد على حصول  
الظواهر الاستسقاءية

وقد ذكرنا ان الانقباض مما الرئوية تمنع استقرار البطون الايمن من القلب  
بسبب ظهور عدد عظيم من الاوعية الشعرية وجم هذا السبب أيضا لا يعتنى  
القسم الايسر من القلب امتلاء تاما لان ينابيع الدم الواردة عليه قد حصل  
فيها تناقص ولتقص كمية الدم في البطون الايسر يشاهد صغر النبض وتلون  
الجلد بلون داكن ويحصل كذلك تناقص في الاقراص البولي كما ذكره المعلم  
(ثرويه) ويكون البول المنفرد بكمية قليلة مركزا كثيفا عكرا والاملاح البولية  
التي يحتاج لاجل اذابتها كمية عظيمة من الماء كثيرا ما ترسب على هيئة راسب عجز  
لكن بسبب الاملاح البولية لا ينشأ فقط عن تركيز البول وتزايدها النسبي  
بل لامانع من كونه ينشأ أيضا عن تزايد حقيقي في تلك الاملاح اى تكوين  
جس بوليك بدلا عن البولينا وذلك ان الاوكسجين المتص بكمية قليلة  
لا يؤكسد المتصلات الازوتية في الجسم تاكسدا تاما بحيث يحيلها الى  
بولينا بل يحيلها الى جس بوليك وهو اقل درجة من التاكسد وبالجملة فلنذكر  
أيضا ما يحصل في الرئة المصابة بالانقباض مما من اضطراب الدورة فان العائق  
الذي يحصل فيها من اجراء الرئة المريضة يزيد ضغط الدم في اوعية الاجزاء  
السليمة أعنى في القصور السفلى منها

وحيث ان اوعية الدورة في هذه الاجزاء يتر فيها كمية عظيمة من الدم زيادة عن  
الحالة العنيفة يزداد امتساع هذه الاوعية وتحتقن فينشأ عن ذلك التهابات رئوية  
شعبية بل أودع رئوية مجلسم غالبا القصور السفلى

واما باقى الاعراض المنسوبة للانقباض مما فهي في الحقيقة تخص مضاعفات  
هذا المرض فالسعال مثلا عرض من أعراض التهاب الشعب وكثيرا ما يزدول  
بالكلية في أثناء الصيف مع بقاء الانقباض مما ولا يفتضح من البحث الطبيعى  
في الصدر شئ الا اذا كانت الانقباض مما ممتددة والرئة مترايدة الحجم تزايدت عظميا  
(تنبيه) مما ذكرناه يفتضح ان ضيق النفس أو عسر في هذا المرض ينتج عن ثلاث

امور مهمة (اولا) تلاحظ عدد عظيم من الحواجز بين الخلايا الرئوية مع فقد عدد عظيم من الاوعية الشعرية الكائنة فيها (ثانيا) الوضع الشبيه في المستقر لتجويف الصدر مع انخفاض الجدار الخارج وانخفاض مستقر (ثالثا) عدم تحرك جدار الصدر مع تحركها وتبسطها فان هذه الامور يرتب عليها ولا بد من تناقص تمسك سطح التنفس وموق التبادل الغازي في الخلايا الرئوية وعدم تصبؤ الدم وبذلك توجه جميع الظواهر المرضية التي تعتري الدورة والتغذية عند المصابين به. هذا المرض ومتى اعتري المريض سبب من الاسباب المعينة على ازدياد ضيق النفس كثوران الغزلات الشعبية ونحوه ارتقى عسر التنفس الى درجة غير مطابقة بحيث يظهر عندهم ما يسمى بالربو الانقباضي مما يواى المنصف مع الضيق العظيم وعدم امكان الاضطجاع في الفراش بحيث يعصى على المرضى كثير من المبالى وهم جلوس على الفراش في حالة تقرب من الاختناق مع تنفس شاذ جذاذ فيرى طويلا في الثام حركة الزفير ويملكون المرضى رماديا وسخا وأعينهم ذابلة والحواس خاملة والتبضع صغيرا غير منتظم وكذا اضطرابات القلب والاطراف باردة وترتقي ظواهر انشعاع الدم يجمض الكربون الى أعلى درجة وهذا الربو الانقباضي مما يواى اي ضيق النفس الانقباضي مما يواى كان يعتبره المعلم (لينك) ربو اعصابا وهذا خطأ والذي يرتكن اليه غالبا في تشخيص الانقباضي هو البحث الطبيعى لىكن ليس في جميع الاحوال فانه يستثنى من ذلك الاحوال التي فيها يكون هذا المرض قليل الامتداد جدا

فالبحث بالنظر تعرف به احكاما الشكل الخاص بالصدر المسنن بالصدر الانقباضي مما يواى الذي يحصل متى تكومت الانقباضي الممتدة ولم يزل تجويف الصدر مرنا ولهذا الشكل هيئة مخصوصة فيكون الصدر بارزا بالكلية الى الضلع السادس والقطر المقدم الخلقى متزايدا والنقص مكوتا القوس محدب نحو الامام والعامود القفري كثيرا ما يكون كذلك مقوسا ولا تنحني المسافات بين الاضلاع مطلقا حتى تساعد على اتساع الصدر في هذا الشكل وتكون عند المرضى مميزات كثيرة الوضوح وتظهر الحفر فوق الترقوة وتحتها ثلثة والعنق قصير الان تجويف الصدر يكون منجذبا الى

أعلى بالعضلات القصية القروية الحلية والاختصاصية بحيث قد يكون هذا  
التجويف كما ذكره المعلم (ترويه) في حالة الوضع التي تكون عليها في أثناء  
الشهيق ولو في أثناء حركة الزفير وقاعدة الصدر اى محل اندغام العضلات  
البطنية لا تسترل في القعد وبذلك يكذب الصدر شكل البرميل ولا ترتفع  
الاضلاع في أثناء الشهيق الا قليلا ويجويف الصدر يرتفع بقليله وينقص  
مدة الزفير بدون ان يتدأ ويتضيق بكمية واضحة

وأما العلامات المهمة في تشخيص هذا المرض فتؤخذ بالاكتر من القرع اذ به  
يعلم دخول الجوهر الرئوي بين القلب وجدر تجويف الصدر وبين هذه  
الجدران والكبد والقطب الاصم الطبيعي للقلب اعنى الصفر الذي فيه يلامس  
القلب جدر الصدر فيكون زاوية حادة فتم في محل متصل الضلع الرابع  
الايسر مع القص وأحد اضلاعها حافة القص اليسرى والضلع الآخر  
يتكون من خط يتوهم امتداد من محل متصل الضلع الرابع بالحافة  
اليسرى من القص الى الصفر الذي تفرع عليه قبة القلب وهذا الصفر  
موضوع تحت حمة الثدي بنحو مستقيم ونصف أو أكثر قليل وبالقرع على  
الجهة السفلى اليمنى من الصدر يوجد في الحالة الطبيعية صوت أصم عمت من  
الضلع السادس الى أسفل فان الكبد في هذا المحل يلامس جدر الصدر ايضا  
فاذا وجدت أصمية الكبد متناقصة أو مفقودة فذلك دليل على ان الرئة  
اليمنى تزايدت في الحجم وان وجدت أصمية القلب بهذه المثابة فيكون دليلا  
على ان الرئة اليسرى متزايدة في الحجم أيضا فامتداد صوت القرع الممتلئ  
دليل على وجود الانقباض

واما تفاوت رنانية صوت القرع فله وكثرة فليس فيه أهمية بالنسبة لمعرفة  
الانقباض فان كلاً من شدة رنانية صوت القرع وقلتها متعلقان بكثرة تنفوس  
الجدر الصدرية والجوهر الرئوي الكائن خلفها وقلته وقد تكون مقاومة  
الجدر الصدرية متزايدة ولو كانت كمية الهواء المحتوية عليه الرئة متزايدة  
بحيث لا يسمع صوت القرع رنانا عاليا جادا ولا يوجد صوت طبل في  
الانقباض الرئوية على الدوام اذا كانت جدر الصدر متموتة جدا على  
متصلها فكما ان القرع على مثانة لا يحدث صوتا طبيا مستقي كان قوت

جدرها مرتقيا الى أعلى درجة عقب نفثها انفتاحا شديدا فكذا القرع على  
الصدر ولا يحدث صوتا طليبا متى كانت جدره متوترة وتتراسد على الرئة  
او كانت جدرها خللا لا الهوائية متوترة وتتراسد على مفصلها او يشترطا  
لحصول الصوت الطليبي انتظام القوجات الهوائية لكن ضغط الهواء الذي  
يحصل فيه تناقص وتزايد على الدوام عند القرع على جدر الصدر يمنع انتظام  
هذه القوجات فالعلامات المشخصة للانقباض هي امتداد الصوت الواضح  
وتناقص أو فقد اصمجة القلب أو الكبد ولا الصوت الرنان بالكليّة ولا الصوت  
الطليبي (نتيجة لا يحصل الصوت الطليبي في هذا المرض الا عند وجود ضاعفات  
أو مكان الجوهر الرئوي فاقد المرونة بالكليّة) وعند السمع لا يسمع  
الالقط حويصلي ضعيف بسبب ضعف التبادل الغازي في الخلايا الهوائية ولو  
كان صوت القرع على حالته الرئانية الطبيعية وكانت مجهودات التنفس عظيمة  
وفي أحوال أخرى قد يسمع نراخر رطبة خاصة بالتهاب الشعب الزمن الذي  
هو مرض ملازم للانقباض الرئوي غالبا وربما يسمع نراخر ذات فقاع  
صغيرة في الاصفار السفلى من الصدر في محاذ العمود الفقري لان هذه  
الاصفار من الرئة تكون كاذرا مجلسا لاحتمان نزلي أو وديع بسبب  
العائق الموجود في دورة الاجزاء العليا من الرئة

وبالجملة فلنذكر من اعراض الانقباض انه عند وجود انقباض رئوي  
يسارية عظيمة تنزل اصمجة القلب من هذه الجهة بالكليّة فلا تسمع ضربات هذا  
العضو في محلها الطبيعي بسبب حياولة الجوهر الرئوي بين القلب والجدر  
الصدرية وبشاهد عوضا عن ذلك نبضات عظيمة في القسم الشراسبي عند  
كل حركة انقباض يبطى وهذه الظاهر فتحصل من تحول القلب الى أسفل  
وسريان نبضه الى القص اليساري من الكبد عندما يكون البطين الايمن في  
حالة تضامة وقد يدور أن تكون هذه الظاهرة ناشئة عن تحول قبة القلب  
نحو الخط المتوسط واحيانا تكون الانقباض الى الرئة اليسرى عظيمة جدا  
بحيث يدفع الكبد الى أسفل وحينئذ يعرف هذا العضو بالجلوس والقرع في  
المرافق الايمن وقد يجاوز الكبد حافة الاضلاع بقدر جلة أصابع عرضا بدون  
انتفاخ أو احتقان واما سيرا الانقباض الرئوي فانه متى حصل عند الاطفال



ربما استمر طول الحياة وكثير من المصابين به يعمرون ولو انه بطول السنين  
تزداد المكابدات وعسر التنفس وتصير نوب ضيق النفس ذات قوة شديدة  
ويكثر ترددها ومثل هؤلاء لا يمكن شفاؤهم بالكلية الاكن في زمن الصيف  
يحصل عندهم تحسین فقط ينشأ عن المحطات الالتهاب التزلي المصاحب لهذا  
المرض وعن تناقص عسر التنفس الناتج عن هذه المضاعفة فان ما ينشأ عن  
هذا الالتهاب التزلي المزمن من ضيق النفس والتلون السيانوزي اى المزرق  
والاستسقا آت امر عظيم جدا كما ذكرنا ذلك عند الكلام على الالتهاب  
التزلي الحاد

ومن النادر هلاك المرضى المصابين بالانقباض بما في نوبة من النوب التي  
تبرحها عقب عدم كفاية التنفس والتسمم الحاد بدمض الكربون  
وتظهور الاعراض المألوفة لشلل العام بل الغالب ان ركود الدم في اوردة  
الجسم وتقدمصل الدم اى قلة احتموائه على زلال يؤدي لحصول الاستسقاء  
العام وبالجملة فكثيرا ماتت لك المرضى من قلة التغذية اعنى في حالة التهوكة  
الناتجة ذلك من الالتهاب التزلي في الغشاء المخاطي المعدى وامتصاص  
الأكسجين امتصاصا غير تام وركود سائل القناة الصدرية فيها

### • (التشخيص) •

الاختيز بما لليلة الامتداد يعسر تشخيصها مع التأكد بخلاف الممتدة التي  
ينشأ عنها ضيق عظيم في التنفس وظواهر سيانوزية فيسهل تشخيصها بواسطة  
العلامات الطبيعية وتتميز عن غيرها من امراض الصدر المعصوبة كذلك  
بضيق في التنفس وتلون سيانوزي فان الخطأ ما مون بشكل الصدر وامتداد  
رنانة الصوت التي تصل الى حافة الاضلاع الاخيرة والقصر وتزنجح القلب  
والكبد وضعف التنفس الحويصلي واما تمييز الاختيز عما عن التجميع الغازي  
في الصدر فسيأتى الكلام عليه

واما التشخيص التمييزي بين الاختيز عما العوضية والحقيقية فينبغى على  
معرفة تاريخ المرض والبحث الطبيعى ولو في بعض الاحوال فان ظهرت  
الاختيز عما عقب زوال الالتهابات الرئوية او البليوراوية بدون ان يسبق ذلك  
بسعال شديد او باخبار المرضى مع التأكد بان ضيق النفس متقدم

الحصول على السعال جازا الظن مع التحقيق تقر بأن تلاشي بعض اجزاء الرئة والتصاق وريقتي البلوراء بعضهم ما يؤدي لحصول انقباض عوزية في الاجزاء السليمة من الرئة أعنى في الحواشي المقدمة والسفلى من الرئة (أو أن هذه الانقباض بما تشبه عن فساد اولي في جوهر الرئة) واما ان شوهدت الانقباض بما عند اشخاص مشغولين بالآلات النفخ الموسيقية وبالعزف في استطالة نفسهم مدة النفخ او حصل ضيق النفس عقب السعال التشنجي او التهاب نزل شعبي مصحوب بسعال مزمن شديد ساغ الضمين بأن المريض مصاب بانقباض حقيقة وكذا وضع الصدر الشمع في المسقر يدل على الشكل الاول وأما شكل الصدر العربي فيدل على الثاني

• (الحكم على العاقبة) •

عاقبة هذا المرض بالنسبة للحياة جيدة فان انتهم بمالموت نادر ولا يحصل الا بعد طول الزمن جدا ومن المعلوم ان الانقباض الرئوي يتق نوعا من السيل الرئوي سواء كان ناشئا عن سوء الاخلاط الوردية او عن تشاقص الدم في الرتين سيما في قه ما ويختص على الاشخاص المصابين بالانقباض الرئوي من انه اذا اعتراه التهاب رئوي (وهي حالة نادرة الحصول) ان لا يمتص نضج هذا الالتهاب بل يحف ويتلاشى فيما بعد مع الحواجز الخلائية بعد مكابته الاستعمال الجنبية (راجع بحث الالتهاب الرئوي اللين) واما عاقبة هذا المرض بالنسبة للشفاء التام فليست جيدة طبقا لما ذكرناه في سيرة

• (المعالجة) •

اما المعالجة السببية فتستدعي معالجة الالتهاب الشعبي النزل والتشنجي ونحو ذلك واقل ما يحصل عليه ايقاف تقدم الانقباض فان الشفاء التام في هذا المرض غير ممكن بالكلية ومتى كان الجوهر ديا أو درجة الحرارة منخفضة جدا وجب صون المريض في اودته دائما والمرضى المستيقظون لحالهم يعرفون جيد ادرجة البعد التي تضربهم فيمتعون عن الخروج من اما كتبهم المهدد لهم ولعالمية المرض نفسه قد اوصى بعضهم باستعمال المقيئات مع التكرار وزعم انه يتضائق الصدر تضائقا عظيما ينطرد الهوا من الخلايا الرئوية عقب انضغاط الرتين في انشاء حركات التي وينتهي الامر

بالتقباض هي نفسها وهذا الاسترخاء لا يحصل عليه لما ان انغلاق الرئوية التي  
انطرد الهواء منها لا تحتمل زمنا طويلا متعاقبة الحجم واما الاول فيمكن  
الحصول عليه ولو ان قوة تجويف الصدر لا تضابق تضايقا عظيما مهما كانت  
قوة انقباضات العضلات البطيئة فحينئذ لا يكون فعل المقي الا ملحقا فقط  
وينبغي الاقتصاد في استعماله على اوقات هذا المرض التي يستدعي فيها كل  
من التنفس وبرودة الجلد وصغر النبض ونحو ذلك استقراغ الانغلاق الرئوية  
وتجديد الهواء والانقباضات العضلية للعضلات البطيئة الناشئة عن التنبهات  
الجوانية تعقبها نتيجة مماثلة لما تقدم عند استعمالها من طيب عارس بل هي  
اقوى من فعل المقي ويمكن ان تعقب بحركات شبيهة بحركة امطة تهيج

العصب الحجاب الحاجز جميعا لا واسطيا

والاصحاء باستعمال كل من المقربات والجوز المقي والاستر كتين والجويدار  
مؤسس على نظريات دون تجارب نافعة ومثل ذلك يقال في استعمال صبغة  
الويليا انقلنا المدوح استعمالها بكثرة بالنسبة لتأثيرها الجليد  
في الانقباض الرئوية

واما المعالجة العرضية فتستدعي اولاً معالجة التزلات الشعبية التي تكاد  
تصاحب الانقباض الرئوية على الغوام وتزيد في مشاق المريض وتعبه  
فان ايسر الانقصة المعه نوعه من الصوف على الجسم مباشرة واستعمال  
الوسائط المنبهة على الصدر والحامات البسيطة الحارة او البخارية واستعمال  
مياه البناييع الفلوية المرانية لاسيما مياه امس الساخنة وغيرها من المياه  
الطبيعية المشابهة لها التي يوصى باستعمالها عند المصابين بالانقباض لما ان  
ترتب على استعمالها غالباً منفعة عظيمة وحصل منها راحة عظيمة للمريض  
مدّة من الزمن كان ذلك ولا بد منه وبالتأثير الجليد لتلك الوسائط العلاجية  
في المضاعفة المتعبة للمصابين بهذا المرض وهي التزلات الشعبية المزمنة  
سيما الشكل الجاف منها وقد شاهدت المنفعة العظمى من استعمال  
بودورالبوتاسيوم في المصابين بالربو الانقباض ماوى كما تقدم ذكره  
ونستدعي المعالجة العرضية ثانياً لطيف ضيق النفس الاعتيادي مثل هؤلاء  
المرضى ونوب ضيق النفس العظيمة منه التي تسمى على وجه الاختصار بنوب

ضيق النفس فلاجل تلطيف ضيق النفس الاعتمادى بوصى بارسال المرضى  
فى اثناء الصيف الى الاماكن الموجودين بها غابات من اشجار القصبية  
الخروطية فان المرضى يجدون الإقامة فى الحال المذكورة ذات الهواء الكثير  
الاو كى حين مدا عظمها ومن هذا القبيل فى التأثير الجيد المطلق لضيق  
النفس استنشاق الهواء المنضغط بواسطة أجهزة مخصوصة فانه يحصل من  
ذلك للمرضى الراحة العظمى غير ان هذه الطريقة العلاجية تحتاج  
لمعارف عظيمة وعندما استنشاق الهواء المنضغط بثلث الأجهزة فحس المرضى  
راحة عظيمة كأنها ولدت حيث تذكروا جميع ذلك سهل

ومن المهم جدا الاجل تجنب حصول نوب الربو الانفيزيمائى اتباع تدبير  
غذائى صحى مع غاية الاستمرار وتجنب الاغذية المولدة للغازات فى البطن  
وتعاطى قليل من الاغذية قبل النوم والاجتماع فى الحصول على التبرز كل يوم  
بواسطة مسحوق عرق الدوس المركب بالكيفية الآتية بان يؤخذ من

ورق السنالمكى	من كل جزء
ومسحوق عرق السوس	من كل جزء
شمر وكبريت نقى	من كل جزء واحد
سكر عذبة	مئة اجزاء
او مسحوق آخر ما ينمى كبحر	
سنالمكى	١ جزء
كبريت	٢
ملح طرطير	٤
سكر كوفى	٨

فانه سهل خفيف كبد التأثير ايضا ويعطى من هذين المسحوقين قدر  
ثلاث ملاعق صغيرة كل يوم وفى اثناء الثوبه لا ينبغي تسببه بخود الجواس  
وغيرها من الظواهر الدماغية الى الاجتهاد الوريدي العظيم للدماغ ونعمل  
الفصد فان ظواهر ابتداء التسمم ببعض الكبريتيك تزداد ولا بد  
بالاستقراغات الدموية وكذا لا ينبغي استعمال المخدرات فى اثناء الثوبه سيما  
الافيون الامع غاية الاحتراس ولا يستعمل الا عند وجود اتقياض تشنجي

في الشعب بل يستعمل القيتلث والتهبات كالكانثرو والمسك والجلوى  
ومقدار عظيم من التبيذ القوي كما أوصى به بعضهم أحيانا بأن يعطى منه  
من اوقية الى أوقية ونصف كل ثلاث ساعات وان لم تنفر الوسائط المذكورة  
يعطى زيت التريتينا من درهم الى نصف اوقية في متغوع عطري

وينبغي استعمال المدرات البولية في احوال الاستسقاء والمعرفات سيما  
عند وجود نزلات شعبية شعورية كما تقدم فان كان الاستسقاء ناتجا عن  
اضطراب الدورة الرئوية بسبب وجود آفة في القلب غير متعادلة ينبغي اعطاء  
الديجيتالاوقيا (بأن يؤخذ منها من عشرة قعات الى عشرين وتقع في ست  
اواق من الماء) وفي الاحوال التي لا تنفر فيها الديجيتالا قد يكون استعمال  
بصل الفصل ناجحا وقبليا يعطى على شكل حله المركز (الذي هو عبارة عن  
اوقية منه على اوقية من كربونات البوتاساوست اواق من الماء المقطر)  
ويعطى من ذلك كل ساعتين ملعقة فانه يحصل نجاح عظيم وفق

• (المبحث الرابع) •

في تناقص كمية الهواء في الخلايا الرئوية المعروفة بالانكسازياى الهبوط  
الرئوى وبانضغاط الرئة

• (كيفية الظهور والاسباب) •

من الباتوان يحصل في بعض الاحوال تناقص في مقبصل الخلايا الرئوية  
أوفة - وبالكيفية بحيث تتلاصق جدرانها مع بعضها وهذه الحالة الاخيرة التي  
هي طبيعية مدة الحياة داخل الرحم يمكن مكشها بعد الولادة في بعض اجزاء  
الرئة وحيدة - فيسمى ذلك بالهبوط الرئوى الخلقى وقد يتنص الهواء المنصهر  
في حالة اخرى من بعض الخلايا الرئوية بحيث تميط هذه الخلايا على نفسها  
ويشترط في امتصاص الهواء ان يكون على حالة توتر عظيم في الخلايا الرئوية  
بحيث لا يمكن خروجه منها عند الرقيق وذلك اما لكون الشعب منسدة  
بتجمع افرازات فيها وهذا ما يسمى بالهبوط العارضى اولكون الشعب  
الرقيقة تتحول لامينا نيكيا بضغط عظيم واقع عليها من الاجزاء المجاورة  
وهذا ما يسمى بانضغاط الرئة

اما الهبوط الرئوى الخلقى فأكثرا ما يشاهد في الاطفال الضعاف البنية سيما

المولودين قبل استيفاء مدة الحمل والذين يرى عليهم حالة موت ظاهر بعد الوضع الشاق فيكان الخلايا الرئوية التي لم تنمل بالهواء عقب الوضع حالاً يسر تمددها فيما بعد واستلاؤها بالهواء ولذا ترى الاطفال الذين لم يحرضوا على الصرخ وفعل التنفس العميق في أول ساعة من الولادة كثيراً ما يصابون بالهبوط الرئوي وفي أحوال أخرى يظهر أن الالتباب النزلي الذي يمتري الاطفال وقت الولادة أو بعدها بقليل هو الذي ينشأ عنه الهبوط الرئوي لتضييقه بعض الشعب التي هي فيها أو سدّها فيمنع دخول الهواء في الحويصلات الرئوية المنتهية

وأما الهبوط الرئوي العارض فهو ملازم دائماً للالتباب الشعبي النزلي الحاد والمزمن ويشاهد بكثرة في الاطفال اذ يسهل فهم انسداده الشعب لضيقها وورعما شوه الهبوط الرئوي المذكور عند الكهول ويكون مصاحباً للالتباب الشعبي النزلي الحاد الذي يكون عرضاً للتنفوس وأما انضغاط الرئة فيحصل إما من ضغط السوائل والهواء المتجمع في تجويف البلودا ويندرج حوله من أورام أو انسكابات في التامورا ومن الانوريزما أو توسعات العمود الفقري أو انخساف تجويف الصدر أو من تجمعات سوائل عظيمة جداً في تجويف البريتون بها يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى اندفاعاً عظيماً

### (الصفات التشريحية)

يوجد غالباً في الهبوط الرئوي الخلق الجوهري الرئوي المريض هابطاً على نفسه في اصفار محدودة ويندر أن يمتد ذلك الى نصف أحد القصوس الرئوية أو أحدها بتمامه ويكون لون هذه الاصفار المنخفضة أزرق داكاً ومتكاثفة وعند شقها لا يسمع لها أزيز وسطح الشق يكون أملس محتقناً بكثير من الدم وابسداء تكون هذه الاصفار الهابطة يمكن تفحصها بسهولة لكن فيما بعد تصير أكثر اندماجاً خالية من الدم فلا يمكن تفحصها بالكيفية وحينئذ يظهر أن جدران الخلايا الهوائية ملتصقة ببعضها التصاقاً تاماً وأما تغيرات الجوهر الرئوي التشريحية في الالتهاب الحاد العارضية فهي تقريباً نفس التغيرات التي تقدم الكلام عليها وقد كان المعلم (روكنسكي)

يسمى هذه الحالة بالالتهاب الرئوي القزلي والاصفار المزرق المهابطة على  
نقمة الخالية عن الهوام خالية بالكلية في هذه الحالة منظر الجوهر الرئوي  
الانفري عاوى المحيط به وعند شق الاجزاء الرئوية الواقعة في الانسكازيات يوجد  
سداة مميكة من مواد مخاطية صديديّة سادة للشعب الموصلة الى هذه الاجزاء  
وعند استقرار هذه الحالة زمنًا طويلا يظهر في هذه الاصفار المزرق المميكة  
المهابطة تغيرات أخرى تختص بالهبوط الرئوي الذي هو الانتهاء الكثير  
الحصول من الالتهاب الرئوي القزلي وستكلم على ذلك مفصلا في المبحث  
العاشر

وبالجمله قد يشاهد في أحوال الانضغاط الخفيف الرئوي ازدياد في تكاثف  
جوهر الرئة وتعلسه فيكون أكثر كثافة ما يجدون أن ينخلو بالكلية من الهواء  
وإذا كان الضغط أشد من ذلك فإن الهوام يمتص بالكلية من الشعب  
والخلايا الرئوية ومع ذلك فالضغط لا يكفي في انطباق الاوعية الدموية وطرده  
الدم منها فالرئة التي تكون أكثر كثافة توجد محجرة محتقنة بالدم رطبة تشبه  
قطعة لحم عضلي وإذا يقال في مثل هذه الاحوال ان الرئة تلحمت وعند  
ارتفاع الضغط لعل درجة تنطبق كذلك الاوعية الدموية فتكون الرئة  
خالصة عن الدم جافة سنجابية اللون أو مصاصية وكثيرا ما تكون الرئة  
مستحيلة الى طبقة رقيقة جلدية أي شبيهة بقطعة جلد مبرنة

### • (الاعراض والسير) •

اعراض الانسكازيا الخلقية هي قريبا عين اعراض التنفس غير التام الذي  
تكرر شرحه أو تنقية الدم غير التام من الكربون فإن الاطفال تنفس فيها  
تنفسا سطحيا سريعاً ويكفون بها جذا ولا تصبح مثل باقي الاطفال بل تن  
بضعف ولا تقدر على الرضاع بقوة وتصير باهتة اللون وتصير جلودهم باردة  
وأوفهم مديّة وشفاهم مزرقّة أو مصاصية ثم تمهل في الايام الاول من الحياة  
ويندر أن تعيش ثلاثة أسابيع أو أربعة ولا يكون الموت في أثناء التشنجات  
بل الغالب حده وله أثناء اعراض الضعف المتزايد والشلل العموي ولا يمكن  
بالقرع الوصول الى معرفة تكاثف الجوهر الرئوي في المحلات الملامس هو  
فيها جدر الصدر الا في أحوال نادرة لان الاصفار الواقعة في الانسكازيات يندر

أن تكون ذات امتداد عظيم

وإذا أصعب الهبوط الرئوي الالتهاب الشعبي الشعري عند الأطفال الحديثي السن فلا يمكن معرفته مع التأكد في جميع الأحوال فالتأكد أن عند الكلام على الالتهاب الشعبي الشعري أن الأطفال يمكن أن تظهر وفيهم جميع أعراض التنفس غير التام والتسهم بضمض الكريون بدون حصول هبوط في الخلايا الرئوية بل بسبب اتساع عدد عظيم من الفروع الشعبية الصغيرة فحينئذ متى انضمت هذه الأعراض في أثناء سير الالتهاب الشعبي الشعري لا يسوغ الحكم بوجود التكاثرات عارضية الالتهاب وروصوت أصم عند القرع في امتداد عظيم من الصدر وفي العادة تكون الأجزاء الرئوية الهابطة ليست عتمة امتداداً عظيماً بحيث تحدث أصمجة واضحة في صوت القرع وأكثراً من ذلك حصولاً ظهورياً أصمجة منتظمة على جأبي العمود الفقري بواسطة الهبوط الرئوي الممتد لكلا القسمين السفليين من الرئة الذي يحصل في أثناء سير الحصة

وأما أعراض انضغاط الجوهر الرئوي فلا يمكن تمييزه عن التغيرات المرضية الناشئة عنها إلا بصعوبة في الأحوال التي تكون فيها أوعية الرئة منضغطة ينضم لأعراض التنفس غير التام اضطرابات في الدورة شبيهة بالتأكد أنها عند الكلام على الاتقيز بما وهي التجمع العظيم من الدم في القسم الأيمن من القلب وتعدد هذا العضو وضخامته وامتلاء أوردة الدورة العظمى والسيانوز واحتقان احتباسية في الدماغ والكبد والكليتين وكذا في مثل هذه الأحوال لا يقبل القلب الأيسر ثباتاً من الدم الآتي من الأوعية غير المنضغطة فيصغر النبض ويهت اللون ويتناقص الإفراز البولي وعند امتداد انضغاط الرئة ينتهي حال المرضى بالموت عقب الاستسقاء ومن المعلوم أن تأثير انضغاط جزء عظيم من الرئة على توزيع الدم في الأجزاء غير المنضغطة مهم جداً فإن القلب الأيمن إذا لم يمكنه صب مخصه الأفي رئة واحدة يزداد ضغط العمود الدموي في الرئة السليمة جداً فينشأ من ذلك الخطر العظيم للمريض عقب حصول الالتهاب الترنزي والأوعية الشديدين في هذه الرئة فيستدعي هذا الخطر التصديق وعندها تكون الأجزاء السفلى من الرئة



متضخمة فالاحتقان العظيم الذي ينشأ عن ذلك في الأجزاء العليا بطريق  
التوارد التنفسي الجاني يمكن أن يهدد حياة المريض بالهلاك فيستدعي  
عملية القسطرة وقس هذه الظاهرة تشاهد في الاحدب اذا تضيق جرح من  
يجوب صدره بحيث ينشأ عن ذلك انضغاط الرئة فان الاجزاء غير المنضخطة  
تصاب بالاحتقان والالتهاب التزلي والاذعيا

ومن المشاهدات الغريبة ان الاحدب لا يشاهد عنده اعراض ضيق  
التنفس والسيانوزا في سن البلوغ بخلاف سن الطفولة فان تنفسه يكون  
سهلا ولا تظهر عنده اضطرابات في الدورة وهذه الظاهرة تسهل التوجيه معنى  
علمنا ان العظام المتشوّهة عقب الراسيتم يطوّغوها عادة ولو بعد زوال  
المرض الاصل بالكلية فاذا كان التجويف الصدري والفقرات الظهرية هي  
التي كانت مجساراً رئيساً للراسيتم وشوّهت هذه الاجزاء فلا ينشأ من ذلك  
ابتداء تضيق في الصدر لكن فيما بعد متى أخذ باقي الجسم في التحوّل بقي الصدر  
متأخراً في غوّه فلا بد وأن يحصل من جهة عدم تناسب بين اتساع تجويف  
الصدر الذي كان كافياً لان بسع رئة الطفل وصار الآن كافياً لان بسع  
رئة النقي ومن جهة أخرى عدم تناسب بين اقطار باقي اجزاء الجسم وكية  
الدم الموافقة لها فحينئذ يكتسب الاحدب الهيئة واللون المشاهدين عند  
المصابين بالانقباض مما فيه من تنفس عنده قصير او مهمّلتا عادة قبل التقدم  
في السن عقب اضطرابات دورية ويندر مشاهدته درن رئوي في مثله

#### \*(المعالجة)\*

ينبغي الاجتهاد الكلي في تخفيف الاطفال الحديثي الولادة على البكاء  
والصرخ والصياح بشدة وتبعد المواد المخاطية عن أفواههم بلطف وعند  
تراكمها في الشعب يعطى لهم مقي من عرق الذهب أو معسل يصل الغنصل  
فاذا بقي التنفس مع ذلك غير تام ينبغي وضعهم زمناً في حمام فاتر ويرش  
على صدورهم الماء البارد ولا ينبغي اهمالهم للثوم طويلاً بل يلزم ايضاً تطهيرهم  
بالخلية أو الجبر بضو الدغدغة في أقدامهم الى أن يستقر قلوبهم ويصعوا واذا لم  
يرتضخوا يعطى لهم باللعقة جديهما يغذيانهم والاجرد أن يكون من لبن الام  
و يعطى لهم أيضاً زمناً في بعض من الثدي وعند وجود الميل للبرودة

لا يتركون ينامون على فراشهم بل على أيدي الامهات والمراضع ففى مثل هذه الاحوال اجراء هذه الاسعافات الجيدة مع المداومة يحصل منها نجاح تام

وأما معالجة الهبوط الرئوى العارضى فهو عي ما ذكرناه فى الالتهاب الشعبى الشعري حينئذ ينشأ عن افساد افقروغ الشعبية الرفيعة فانه باز الة هذا العائق يدخل الهواء فى الخلايا الرئوية الهابطة على نفسها وأما معالجة الاضطعاا الرئوى فمستبدى معالجة المرض نفسه الناشئ عنه ومعالجة عرضية تليق باضطرابات الدورة التى يمكن أن تهدد الحياة بالخطر

\*(المبحث الخامس)\*

\*(فى الاحتقان الرئوى التواردى والاحتقان الرئوى وأذيعا الرئتين)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

ينبغى تقسيم الاحتقان الرئوى الى متعدد وقاصر اى قوى وضعفى فالاول - ماء المالم (ورجوف) بالاحتقان التواردى والثانى بالاحتقان الاحتباسى أو الركوندى فان اقله متعدد وقاصر لا تطابق بالكلية الافعال الفسيولوجية الناشئة عنها هذان الشكلان من الاحتقان فان التواردى ينشأ عن توارى عظيم سريع من الدم الى الاوعية الشعريية والاحتباسى ينشأ عن وجود عائق مانع لمرور الدم من تلك الاوعية أو مبطئ له فالذى يعتبر هنا هو متصل هذه الاوعية فان به تتعلق وظائف الاعضاء وتغذيتها

ثم ان الاحتقان التواردى فى الرئة يشاهد أوالاعسد وجودا زديادى فى فعل القلب أى انقباضاته ولذا ترى شيانا فى سن البلوغ خصوصا طوال القائمة ضيق الصدر يشكون بخفقان القلب عقب تأثير اسباب واهية جدا مثل بعض الجهودات الجسمية الخفيفة أو عقب فعاطى مشروبات منبهة ولو قليلة ونحو ذلك ففى مثل هؤلاء يشاهد ازيدا عظيم فى ضربات القلب وينضم آلات ظواهر احتقان رئوى وبدون حالة التنبه فى القلب والاستعدادات المخصوص عند بعض الاشخاص ينشأ عن الجهودات الجسمية الشاقة والانراط من المشروبات الروحية والاتفعالات النفسية ككسدة الغضب وغير ذلك

احتقانات وقوية شديدة خطيرة مع اتقباضات قوية سريعة في القلب وبما  
 كثرت مشاهدته أن الجائنين الهائجين أو المرضى المصابين بارتعاش السكرى  
 كثيرا ما يلقون على أسرهم بالجبروت ويتركون لحرس متوحشين لا يفرقون بين  
 الضر والنفع فيوجدون في اليوم التالي هالكين على أسرهم وأنفواهم  
 مغطاة بزبد دموى وعند فعل الصفات الشريفة يظهر أن السبب الوحيد  
 في الموت هو الاحتقان الرئوي الشديد أو ذبها الرئة الحادة ويعسر توجيحه  
 هذا العارض فان مجرد ازدياد فعل القلب لا يحدث احتقانا في أعصاب أعضاء  
 الدورة العظمى لانه كلما كانت الشرايين غمليسة وكانت جذرها أكثر توترا  
 كانت الاوردة أقل امتلاء وجذرها أقل توترا وعلى هذا مقي كان توارد الدم  
 نحو الاوعية الشعرية متزايدا كان سيلانه منها مالا وحسب فتكون الدورة  
 سريعة بدون أن تزداد كمية الدم المحتوية عليها الاعضاء اذ ذلك فاختلاف  
 النسبة في الرتين وحصول الاحتقان الشديد فمما يسبب ازدياد فعل القلب  
 معنى ولا بد على كون الاوعية الشعرية الرئوية ليست كغيرها من اوعية غير  
 هذا العضو مارة في منسوج كغير المقاومة أو ذلها بل مارة على حالة تعز  
 تقريرا في مسافات محتوية على هواء يتخلل عند كل شهيق بحيث لا يمكنها  
 مقاومة الضغط الدموي الباطني المصاحب لسرعة الدورة ولو كان قليلا بل  
 انها تزداد عقب ذلك تمددا عظيما

ثانيا يشاهد الاحتقان الرئوي التواردي في الرئة عقب تأثير المهيجات  
 اللاواسطية وتوجيه ذلك سهل كاستنشاق هواء ساخن أو مخرج جواهر  
 حريضة وفي مثل هذه الاحوال يظهر ان المنسوجات المحتوية على اوعية  
 شعرية في باطنها تصير أكثر رخاوة فتكون مقاومتها لهذه الاوعية أقل  
 قوة وتقص الاسباب المذكورة تحدث احتقانا توارديا نحو الجالد متى تعرض  
 لتأثيرها فان الجلد يصير أحمر متى تعرض زمنا قليلا لتأثير البرد أو وضع عليه  
 ضمادة ساخنة أو خردلى والاحتقانات التواردية المزمنة التي تعجب تكون  
 التولدات الجديدة وليتم في الرئة كالذين تحصل بعين هذه الكيفية فتسبب  
 أيضا حالة استرخاء غير طبيعي في الجوهر الرئوي

ثالثا يوجد شكل من الاحتقان التواردي نحو اصفار محدودة من الرئة غير

ملقت اليه بكثرة وقد اشرنا اليه عند الكلام على الانقباض والاضغط  
الرئويين وهو ان هذا الاحتقان يحصل في باقي اجزاء الرئة التي يعتري  
دورة الاوعية الشعرية من الاجزاء المجاورة لها عوقبان تضغط او تلتاشي  
وهذا الاحتقان التواردي التقسمي الجانبي يظهر عنه اعراض في أغلب  
الاتفات الرئوية لان ذلك من الذواميس الطبيعية فانه لو ربط جرموعاني  
ذوقطر مناسب لوجد ازيد في ضغط العمود الدموي في الاوعية غير المربوطة  
بحيث يمكن قياس هذا الضغط في هذه الاوعية وبهذا الاحتقان يمكن  
بسهولة توجيه أغلب امراض الرئة وبذاوجه أيضا تأثير القصد في الالتئاب  
الرئوي وفي الانسكاب البليوري وشموذلك

رابعا يحصل الاحتقان الرئوي التواردي كما ذكرنا من تخلخل الهواء في الخلايا  
الرئوية وذلك بنقص الكيفية التي يحددنها الحجم الاعتيادي أو حجم الساق  
للمعلم (جوند) فانه ينشأ عنهم أيضا احتقان تواردي نحو الجلد بل ان هذا  
الاحتقان هنا يكون أشد لان الاوعية الشعرية الرئوية لا تكون مستندة  
على جوهر كثير المقاومة وقد ذكرنا ان زوال الضغط أو تناقصه الذي  
يعتري الاوعية الشعرية من الخلايا الرئوية حينما يمدد الطفل صدره بقوة  
عند تضيق المزمار هو السبب العظيم في حصول الالتئاب التزلي والاوزيما  
الرئويين التابعين للالتئاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب وفي عدم نجاح  
عملية القطع الحنجري في هذا المرض الاخير

وأما الاحتقان الاحتباسي المعروف بالاحتقان القاصر الذي منه الاحتقان  
المختانيسكي فيحصل في جميع الاحوال التي فيها تكون الاوردة الرئوية ممتلئة  
امتلاء غير طبيعي وجدرها متوتر وتوتر عظيم فان الدم هالاي يمكن  
سيلا منه من الاوعية الشعرية الا بعسر مع أن الشرايين لم تزال تدفعه نحوها  
وتصبه فيها ولو كان امتلاؤها قليلا لان توتر جدرها على الدوام أعظم من توتر  
جدر الاوعية الشعرية بكثير (ألا ترى ان الدم لم يزال ينصب من الشرايين  
الى الاوعية الشعرية ولو بعد وقوف ضربات القلب) فالذي ينتج من ذلك  
أن الاحتقان الاحتباسي ينشأ عنه عدد عظيم جدا في الاوعية الشعرية  
أكثر مما يحصل فيها من الاحتقان التواردي فانه عند وجود عائق عظيم

في الدورة الوريدية يتجه الدم نحو الاوعية الشعرية التي صارت كلتاهما لمقات  
(أي استطراقات) اعورية للشرابين الى أن يصل قوت جدر الاوعية  
الشعرية المذكورة الى درجة تمام دل درجة قوت جدر الشرابين المستطرفة  
بها الى أن يعتري جدر هذه الاوعية الشعرية الرفعة تنزق اعدام قوامها  
اضغط عظيم

والاحتقان الاحتباسي في الاوعية الشعرية الرئوية يحصل من جملة  
أسباب أولها تضاييق الصمام الاذيني البطيني اليساري وعدم تمام غلق هذا  
الصمام فان كلا هذين المرضين يصطبب باحتقان رئوي عظيم جدا وتقرات  
الاوعية الشعرية المتعددة تنفج التلون المسمر في الرئة المتبسة الضخمة  
وسبب ذلك هو مرض الصمام القلبي (راجع المبحث الاول) فان كان  
لا يمكن استقراغ الاذين من الدم استقراغا تاما وحصل تقهقر الدم فيه  
مدة انقباضات البطين فلا بد وأن هذين الامرين يمنعان بالضرورة استقراغ  
الاوردة الرئوية فينشأ عنهما احتقان عظيم في الاوعية الشعرية الرئوية  
فانها تضعف فعل القلب فانه ينتج عن ذلك ولا بد عدم استقراغ تجاوير  
القلب استقراغا تاما وبذلك يصير سيلان الدم من الاوردة في تجاوير هذا  
العضو غير تام أيضا فان كمية الدم الواردة بالشرابين في هذه الحالة لا تتناقص  
بالنسبة للصعوبة التي يكادها الدم عند مروره من الاوعية الشعرية الى  
الاوردة وهذه المنابة ترى أن الحيات الضعيفة كالتي قومس والحي النفاسية  
والسهم الصليدي ونحو ذلك من الامراض التي تكون فيها انقباضات  
القلب سريرة غير تامة تصطبب على الدوام باحتقان احتباسي من الاوعية  
الشعرية الرئوية ويريد على ضعف حركات القلب سبب آخر يعوق الجريان  
المنتظم لادم في الاوعية الشعرية من الاجزاء المتحدرة في الرتين وهو ثقل الدم  
وهذا العائق يتقهر بسهولة بالانقباضات القوية في القلب لكن عند ضعف  
حركات هذا العضو تشاهد حصول ظواهر المخدراتية فتتضخم اعراض  
الاحتقانات الاحتباسية في الاجزاء المتحدرة من الرتين فيستقر ان شخصا  
سليما يمسك مستقيما على ظهره عدة أشهر بدون أن يحصل له احتقان  
المخدري في اوعية الظهر الشعرية او تغرغية وضعية أو ظواهر الاحتقان

الاتحادارى في الرئة بجميع ادواره بخلاف المصاب بنحو التيفوس ذى المدة الطويلة فانه يكاد على الدوام يحصل له غفيرة وضعيفة واحتقانات الاتحادية في الرئة

وقد ذكرنا ان اتساع الاغشية المخاطية ورخاوتها والافراز المتزايد المتنوع في الغدد الكاتمة بها عرض ملازم لاحتقان هذه الاغشية وعلى هذا نجيب على تلك الظواهر تشاهد في جميع الاحوال التي يوجد فيها احتقان شديد في الخلايا الرئوية فان جدرانها تفتقح كذلك وتصير رخوة وترشح لكن الرشح الذي يحصل مع ذلك في الخلايا الرئوية يتميز عن ارتشاح الغشاء المخاطي الشعبي بكونه سائلا مصليا ومتى علمنا قلة الاجابة المخاطية جدا في القروح الشعبية أوقفدها بالكلية في الخلايا الرئوية التي فيها يتغطى الغشاء البسيط من الخلايا المذكورة بطبقة بشرية رقيقة انضغ لن ذلك لما ان افراز الخلايا الرئوية التي لم تكن مبطنة بغشاء مخاطي حقيقي يتميز ولا بد عن افراز الغشاء المخاطي الشعبي

واعلم ان الاوذيميا في باقي الاعضاء وان عير عنها بارشاح مصلى في حالات المسوجات فقط فالوذيميا الرئوية يعبر بها عن الاحوال التي يكون فيها الارتشاح المصلى الكائن في حالات جدران الخلايا الرئوية معصوبا كذلك بارشاح على السطح السائب في تلك الخلايا

ثم ان الاوذيميا الرئوية ليست على الدوام نتيجة احتقان شديد أى نتيجة ازدياد الضغط الواقع على جدران الاوعية الشعرية من الدم بل يحصل في الرئة كما يحصل في غيرهما من الاعضاء عقب ارتشاح مصلى الدم من جدران الاوعية الشعرية في حالات منسوج الرئة وخلاياها ولو كان ضغط العمود الدموى ضعيفا وذلك عند احتواء هذا المصل على قليل جدا من المواد الزلائية (أعنى متى حصل سوء اخلاط مائى) وسيأتى الكلام على ذلك مستوفى عند التكلم على داء بركت

ومتى حصلت أوذيميا في الرئة عقب الاحتقان الاتحادى سميت بالاذيميا الاتحادية وحيث كان من المعلوم لنا ان الامتلاء الوعائى العظيم في الاحتقان الاتحادى له سبب مزدوج كما ذكرنا نحن الواضح ان الاوعية

الشعرية في هذا الشكل من الاحتقان تكون ممتلئة امتلاء عظيما وان  
جدرانها تكون متوترة وتتراسد اوعلى ذلك في الجائز في هذا الشكل من  
الاحتقان انه لا يحصل اذ ياد في نضج سائل زلالى خفيف بل ان جميع اجزاء  
مصل الدم ومن جلتها المادّة اللبنيّة ترتشح من خلال الجدران الوعائية التي  
صارت متسعة المسام وهذه الحالة يعبر عنها بالالتهاب الرئوى الالتهادى  
وهى تحصل عن مجرد احتقان احتباسى وليس لها حيث تدأنى اشتعاله  
بالتغير الالتهابى الحقيقى

### • (الصفات التشريحية) •

متى كان الاحتقان ذا درجة متوسطة تشاهد الرئة منتفخة ذات لون أحمر  
داكن وأوعيتها ممتلئة احتقانا عظيما ومنسوجها مرشحا وأكثرت رخواة  
وقليل الفرقعة وعند شق الرئة يسيل منها كمية عظيمة من الدم والشعب  
تحتوى على سائل دموى زبدى وعند اسقرار هذا الاحتقان في مناطق لا  
وارتقائه الى درجة عظيمة يشاهد جواهر الرئة كالألوان أحمرة محروكل من  
المنسوج الخلوى والحواجز بين الخلايا الرئوية يكون منتفخا انتفاخا عظيما  
جدا بحيث ان الرئة التي صارت متسكيفة جدا يكاد لا يعرف أثر تركيبها  
الخلائى والرئة التي تصير حيث تدأنى تماثل متسكيفة تشابه جواهر الطحال  
ويعبر عن ذلك بتعطل الرئة ومتى حصلت أوذيميا في الرئة صار هذا العضو منتفخا  
ولا يهبط على نفسه عند فتح الصدر ويحس بامتلائها بالمواد المصلية ومتى  
كانت الأوذيميا حديثة يترك ضغط الاصبع انبعاجا غير واضح جدا لكن اذا  
استطاعت مقلتها يفقد جواهر الرئة مرونته ويبقى بعد ضغط الاصبع انبعاج  
واضح يستقر زمانا طويلا وعند ما تكون الأوذيميا نتيجة احتقان شديد تشاهد  
الرئة الأوذيمياوية ذات لون محمر وعند ما تكون عرضا لاستسقاء عموى تشاهد  
ذات لون باهت بالكليّة وعند شق الاجزاء الأوذيمياوية يسيل من سطح الشق  
سائل صاف نازلا وتارة قليل الحبرة محتلط بدم متقاوت الكمية وكثيرا  
ما يكون غزيرا جدا ويكون رغويا متى كانت الخلايا الرئوية غير ممتلئة امتلاء  
تام بالمصل ومحتوية على بعض هوا وفى أحوال أخرى يكاد أن لا تشاهد  
فقاعات هوائية مختلطة بالسائل الا في من الشعب الغليظة وحيث يكون

السائل المصلى قد طرد الهواء من الخلايا الرئوية بالكلية  
وفي الاحتقان الاحتقان الانحدارى تشاهد الظواهر المذكورة وهى الاحتقان  
العظيم الواصل لدرجة التعلل أو أودى محتلطة بكثيراً وقليل من الهواء  
وذلك يشاهد بالاكثر فى الاجزاء الخلفية للترئين على جانبي العمود الفقري  
فى درجة متساوية وفيما اذا كان المريض دائماً مستلقياً على إحدى جهتي  
الجسم يكون الاحتقان الانحدارى قاصراً على هذه الجهة ويكتسب فيها  
اعتداداً عظيماً بخلاف الرئة الأخرى فانها تكون سليمة ومتى لم يكن عصر  
محصّل الخلايا الرئوية فى المحلات المتباعدة من الجوهر الرئوى وكان  
سطح شق هذه الاجزاء ذاهية حبيبية غير واضحة وكان السائل الخارج  
متكرراً بقليل من المواد اللبنة المنعقدة سمى ذلك بالالتهاب الرئوى  
الانحدارى

### • (الاعراض والسبب) •

الدرجات الخفيفة من الاحتقان التواردى للرئة لا ينشأ عنها اعراض  
مخصوصة فان الاوعية الشعرية المتعددة تعرض للهوا مستطماً كقوائعا  
وتسرع الدورة وبذلك يحصل تحوّل الدم فى الرئة بقوة فان هذين الامرين  
يساعدان على سهولة التبادل الغازى وأما اذا كان الاحتقان التواردى  
عظيماً جداً فيكفى تمدد الشبكة الوعائية الكثيفة الكثافة فى جدران الخلايا  
الرئوية بانقراده فى تقبض متسع هذه الخلايا لكن هذه النتيجة تحصل  
بالاكثر من اتفاخ حواجز هذه الخلايا ومن ازيدا الانسكاب فيها وحينئذ  
يحصل عائق فى التنفس فان الرئة لا يمكنها قبول كمية كافية من الهواء وانك  
الاشخاص ذوات الصدر الضيق الذين تقدم الكلام عليهم فى أول هذا البحث  
يشكون بعسر التنفس عندما يحصل لهم نوب احتقان ويوضحون عن  
حالتهم وعما يحسون به فى الصدر بالدقة من الاحساس بانتهاء الصدر وضيقه  
ويضمّن ذلك سعال قصير جاف ويتدرّج ان يشاهد حصول نفث رغوى محتلطة  
بأشرطة دموية وتنفذ آلام الصدر وبالبعث بالعلامات الطبيعية لا يظهر  
أدنى تغير ولذا كرهنا ان هذه الاحتقانات التواردية الاعتيادية نحو الصدر  
قد تكون أحياناً من الظواهر السابقة لسر الرئوى ولولم يحصل ذلك



## بكثرة كايظن

وأما الاحتقانات الشديدة التي سبق ذكرها في كيفية حصول هذا المرض والتي تعتبر نتيجة ازدياد فعل القلب ازدياداً مديداً فقد تضمنت أحياناً بسرعة عظيمة جداً وتمدد حياة المريض فجأة وإذا يعبر عن هذه الاحتقانات بالسكته الرئوية وقصر النفس هنا يرتقى الى درجة خطيرة جداً في أقرب وقت فيتمنى الى التنفس بسرعة عظيمة بحيث لا يمكن عدس كانه وكل من الاحساس باحتسلا الصدر وضيقه يزداد ازدياداً اقوى يصل به الى درجة الاختناق والضجر العظيم وفي كل نوبة من نوب السعال ولو كانت ضعيفة يمتلئ الفم بكمية عظيمة من مواد زبدية دسورية وتضم ضربات القلب ونبض كل من الشريان الكبيري والسباتي يدل على ~~كثرة~~ الدم في المجموع الشرياني ويحتقن الوجه وحمال قليل تطراً أعراض الاوذىما الرئوية التي تتضمن هذا الشكل من الاستقان الشديد فان الخلايا الرئوية لا متلائها بالماقة المصلية لا تقبل الهواء وحيثئذ فالنسم الحاد للدم يحمض الكربون يتورع شكل المرض فالمرضى الذين يكونون ابتداء في حالة قلق عظيم يحصل لهم سكون ووقوع في حالة خدر وحياته وجهه ولا يمكن الطبقة العضلية من الشعب قذف المواد المصلية المحتبسة فيها الكونها تقع في حالة شلل كباقي العضلات ووجود سخر اخر غليظة تسبح في القصبة الهوائية يعلن بقرب الانتهاء المحزن وتمديد الاختناق

وأما اعراض الاحتقان الرئوي التواردي الحاد الناشئ عن استنشاق غازات حريفة فانها تتنوع بسبب التهييج الملازم للغشاء المخاطي المخجري الشعبي وتصلب نبوب سعال شديدة وأما اعراض الاحتقانات الرئوية الناشئة عن درون الرئة أو سرطانها ونحو ذلك والتي تؤدي في الغالب لحصول أثر فرة رئوية شعبية فسفك حكم عليها في البحث الآتي

وأما الاحتقانات التغممية الجائمية للرئة فالها ينسب معظم الاعراض التي سنشرحها في بحث الانتهاب الرئوي والبليوروى والامتلاء الغازي للصدر فان معظم ضيق النفس ينشأ عن امتلاء الاوعية وارتفاع الخلايا الرئوية في الاجزاء التي لم تكن مصابة بأحد الامراض السابقة ولولا هذه

المضاعفة التي هي نتيجة ملازمة لاضطراب الدورة لكافة الخلايا الرئوية التي بقيت سليمة تكفي في معظم الاحوال للتنفس وقبول كمية كافية من الهواء والصفات التشريحية في المصابين بالسل الذين تلاشي عندهم كتلة الدم من الجسم بتقديم المرض يستبان منها بكيفية غريبة أن ما بقي من الخلايا الرئوية المصونة يكون ولو قليلا كافيا للتنفس ما لم يكن محتقنا وعند تناقص ضغط الدم في القلب عقب فعل فصد يزول ضيق النفس غالباً والامامع ان المرض الاصل لم يزل باقياً وذلك لان الاحتقان التقيمي الجاني يتناقص بذلك ويتلطف ومتى هلك المرضي في الدور الاول للالتهاب الرئوي أو البليوراوي أو عقب دخول الهواء في احدى التجاويف البليوراوية وضفة طسه على احدى الرئتين بزمن قليل فان هلاكهم يكون فاجعا من الاحتقان التقيمي الجاني أو الاوذعي التقيمية الجانيسية ولو اطلعنا على مشاهدات الصفات التشريحية لوجدنا أثر هذا الشكل من الاحتقان مع انه من النادر اعتباره في توجيه الاعراض المرضية اعتبارا كافيا وأما الاحتقان الاحتباسي فينشأ عنه ضيق عظيم جدا في النفس أعظم منه في الاحتقان التواردي ولولم ينضم الى ذلك أوديميا فان المرضي المصابين بعدم كفاية غلق الصمام القلبي أو تضيقه يعتبر بهم ضيق عظيم في التنفس يزداد بانتي حركه ولولم يكونوا مصابين بالتهاب رئوي شعبي وبدون امتداد الاحتقان الاحتباسي في الاوعية الشعرية انخلاقية الى تجمعاتها واحداث اتفاخ في الغشاء المخاطي الشعبي وضيق في الشعب وهذه الظاهرة سهلة التوجيه متى علمنا ان دورة الدم في الاحتقان الاحتباسي تكون بطيئة بقدر ما تكون سريعة في الاحتقان التواردي وفي الحالة الاخيرة لا يوجد الاسباب واحد ينشأ عنه عسر التنفس وأما في الحالة الاولى فيوجد سببان للاشخاص المصابين بامراض في القلب وقد يطرأ على ضيق النفس المستمر عند المصابين بامراض في هذا العضو ضيق عظيم جدا في النفس بكيفية فجائية وتظهر جميع الاعراض التي شرحناها في السكتة الرئوية وذلك ان الارتشاح في الخلايا الرئوية ينضم لاتفاخ جدرانها فالنفس الذي كان معوفا فقط يصير دفعة واحدة غير كاف فالاشخاص المصابون بامراض

في القلب كثيرا ما يكون بالاحتقان الرئوي الاحتباسي الحاد أو بالاوزيميا  
الرئوية الحادة ولا توجد غالباً في الحئة الأسباب التي يفتح عنها ازدياد بخالي  
في اضطراب الدورة وعوقها وفي أحوال أخرى قد يشاهد عند مثل هؤلاء  
المرضى ظهور أعراض الارتشاح المصلي في الخلايا الرئوية وعدم كفاية  
التنفس ظهوراً تدريجياً حتى يهلكوا

ومتي شوهه في عدة أسباب الحيات الضعيفة تنفس سطحي غير تام (سواء كانت  
عرضا للتنفوس أو للتسمم الصليدي أو نحو ذلك) ودل القصر على حصول  
تكاثر في جوهر الرئة على جانبي العمود الفقري وكان التنفس مصلياً محتلطاً  
بقليل أو كثير من الدم كان ذلك دليلاً على وجود احتقان احتباسي  
التهنأري في الرئة وأحدى انتهائاته

ثم ان تميز أعراض الاوزيميا الرئوية عن أعراض احتقانات الرئة من الأمور  
غير المؤسسة على حقيقة الواقع ونفس الأمر فان الاوزيميا أحد الأعراض  
الرئيسية التي تنضم الى الاحتقانات الرئوية متى ارتقت لدرجة عظيمة والذي  
يدلنا أولاً على حصول هذه المضاعفة الضرورية هو درجة ضيق النفس الذي  
لا يرتقي الى درجة عظيمة جداً بمجرد انتفاخ الحواجر الخلائية كارتقائه من  
الاوزيميا وعلى كل فتي أدى الاحتقان الرئوي للهلاك لا بد وأن يوجد نضج  
مصلي في الخلايا الرئوية وثانياً ظهور النفت الواصفاته لا يشاهد مطلقاً  
تخرج إفراز من طبيعة سائلة من الغشاء المخاطي أو بالأقل من درجته  
ولذا يعتبر ولا بد خروج الإفرازات السائل الغزير الشفاف المختلط بقليل أو كثير  
من أخيلة دموية من العلامات الخطرة جداً متى حل ذلك محل الإفرازات لزجة  
القليل الخارج بالنفث من المصابين بالتهاب الرئوي وكذا يمكن الاستدلال  
بالتسمع على ظهور الاوزيميا الرئوية وبالممارسة يمكن بسهولة معرفة الخواثر  
الخاصة أي التي تكون في سائل لزج وتغيرها عن الخواثر الرطبة أعني  
المشكونة في سائل أقل تماسكاً مانعاً من النادر جداً أن يشأ عن إفراز  
الغشاء المخاطي الشعبي خواثر رطبة كالتي تشأ عن امتلاء الخلايا الرئوية  
والشعب بالارتشاح المصلي وأحياناً لا تسمع أنفاً تنفسية في المحل الذي فيه  
أوزيميا الخلايا الرئوية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيه وبالجمله فنصوب القرع

الذى لا يتغير عند وجود مجرى الاحتقان يمكن الاستدلال به على وجود الاوذيميا  
مضى طرأت عليه وضاعفته وفي الاحوال التى فيها تفقد جدران الخلايا ممتلئة  
عقب ظهور الاوذيميا فلا تكون متوردة على ما احتوت عليه من المادة  
المصلية يكون الصوت طبلياً لكن متى طرد الهواء بالكلية من الخلايا الرئوية  
من الاوذيميا ولم تكن الرئة محتوية عليه فإن صوت القرع يكون أصم فارغاً  
كما يكون ذلك في جميع امراض الرئة التى يصير فيها جوهرها متكاملاً  
واذا شوهدت هذه الظواهر في الحالات التى يتكرر فيها حصول التغيرات  
الاختنارية فلا بد أن توجد فيها هذه التغيرات أو انها آتية  
وأما الاوذيميا الرئوية المتعلقة باستسقاء عموى فانها عبارة عن ظواهر أوذيميا  
المدوج انشاي تحت الجلد وأما الانتشاحات في التجاويف المصلية  
فيسندل بها على توجيه ضيق النفس وعسر التنفس للاعراض السابقة  
وان شوهد مع ذلك نفس على وألغاط خراخر رطبة وصوت طبلي أو أصم عند  
القرع ساغ اعتبار مجموع هذه الاعراض علامات دالة على الاوذيميا الرئوية  
بدون شك

### \*(التشخيص)\*

ثم انه يسهل تمييز كل من الاحتقان والاوذيميا الرئويين عن غيرهما من  
امراض الرئة متى تأملنا في الاعراض التى تقدم شرحها وان عسر علينا  
في الطب العملي تمييز الاحتقان القوي أى التوردي عن الاحتقان  
الضعفي أى الاحتباسي ولوسهل ذلك علما ومع هذا فاختلاطهما ببعضهما  
يؤدى لاجراء علاجات مضره ويكثر الالتباس في التمييز بين الاحتقان الضعفي  
الجانبي التوردي الذى يحصل في أثناء سير التهابات الرئوية والبلوريوية  
والاحتقان الاحتباسي الناشئ عن ضعف حركات القلب وتناقص قوتها  
كما يحصل في الحبات الضعفية فكثيرا ما يشاهدانه عند حصول الاضطرابات  
الانتهائية مع صغر النبض والهذيان وجفاف اللسان ظهور احتقانات رئوية  
ضعفية وأوذيميا رئوية بحيث يميل الطبيب للظن في الاحوال الحديثة من  
الالتهاب الرئوي اللين متى صغر النبض وحصل الهذيان ونحو ذلك بحصول  
احتقانات ضعفية احتباسية ناتجة عن شلل ابتدائي في القلب فيأمر بدلا

عن القلب باستعمال التبيد والكافور والمسك وسنذكر عند الكلام  
على الالتئام الرئوي اللين كلاماً من الاحتقان الرئوي التوردي والضعفي  
الذين لهم أهمية عظيمة في أعراض هذا المرض ونوضحهما توضيحاً شافياً  
سنذكر معالجته

### • (الحكم على العاقبة) •

الحكم على عاقبة كل من احتقان الرئة وأذيعاها يتعلق بالكلية بالاسباب  
المتعة لهذا المرض وبالجسلة فالاحتقانات التوردية التي لم تنشأ عن تولدات  
غريزية في الرئة تكون أقل خطراً وأسهل معالجة عن الاحتقانات  
الاحتباسية التي لا يمكن في الغالب زوال الاسباب الناتجة هي عنها وانذار  
كل شكل من الاحتقان على حدته يعلم عما ذكرناه في شرح السير

### • (المعالجة) •

المعالجة السببية حيث كان من المعلوم أن ازدياد فعل القلب أكثر الاسباب  
اتجاهاً للاحتقان التوردي الرئوي وفي الشبان يصطبغ خفقان القلب  
الاعتيادي باحتقان الرئة وهاتان علامتان تسبقان الاشكال المختلفة من  
السل الرئوي فيستدعي هذا الأمر لتدبير صحي منظم ومعالجة لا ثقة  
في تقييد نوم المريض باحتجاب المشروبات الروحية والقهوة والشاي وترك  
المطعمات أو المشروبات للتبريد قبل تعاطيها وينبغي عن جميع المساق  
الجسمية والحركات العنيفة المتعبة كالرقص وركوب الخيل بل يوصى بعمل  
الرياضة الخفيفة بحركات جسمية لطيفة منتظمة وينبغي اجتماعه  
الاتصالات النفسية ومع هذه الوسائط العصبية ينبغي أن ينضم لذلك جميع  
الاحتراسات التي تحفظ بها الرئة من جميع المهيجات فتباعاً عند المرضى عن  
المحلات الساخنة جداً والتي فيها دخان وأتربة بكثرة وعن استنشاق الهواء  
البارد جداً ثم يؤمر بالاستعمال المشروبات الحفضية الخفيفة كالليمونات  
التيابية والطرية واستعمال مصل اللبن استعمالاً منتظماً طبيياً والمعالجة  
بالغلب جيدة أيضاً سيما في بعض البقاع مثل دركهين وميران الكائنتين  
بقرب بحيرة جنسوره وغيرهما من البقاع ذات الاقليم المعتدل التي ينبت فيها  
الغلب الحلو القليل أو العديم الاسهال بالكلية وكثير من المرضى المعالين

بالسل الرئوي المتقدم جدا من يحرم من راحته في مكانه ويرسل الى  
نحو هذه البقاع لاستعمال المعالجة بمصل اللبن او الغنم وحينئذ يسرع  
انقضاءهم المحزن

وأما في الاحتقانات الرئوية التي كثيرا ما تكون ظواهر سابقة للسل  
الرئوي فان هاتين الطريقتين العلاجيتين لهما وقع عظيم جدا غالبا  
وأما في الاحتقانات التشمسية الجلدية الرئوية فالعلاجة السببية هي نفس  
معالجة المرض الأصلي وفي احتقان الرئة الاحتياطي لا يمكن غالبا تعلم  
ما تستدعيه المعالجة السببية وانما في أحوال امراض القلب سيما تضيق  
الصمامات الأذينية البطينية اليسرى تستعمل الميجنتا لا كمعالجة تسكينية  
حتى يحصل بطء في حركات القلب وحينئذ يجب للأذين الايسر زمننا كافيا  
يستفرغ مافيه في البطين فبذلك تستفرغ الاوردة الرئوية مع السهولة  
ويتلطف الاحتقان الاحتياطي وكلما ازداد ضعف فعل القلب في أثناء سير  
الحيات الضعيفة ينبغي استعمال المنبهات والاعذية القوية وعند ما يخشى  
من حصول الاحتقان الانسدادي ينبغي تفسير وضع المريض زمننا فرزنا  
لاجل تجنب حصوله

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي القصد الغزي في الاحوال التي يكون  
فيها الاحتقان التواردي نحو الرئة ناشئا عن شدة حركات القلب وقوتها  
بحيث يخشى منه على حياة المريض والنجاح في مثل هذه الاحوال واضح  
جدا فانه متى تناقصت كمية الدم بتناقص كذلك الضغط في الشرايين اذ  
ضغط العمود الدموي في الشرايين يتعاقب بأمرين أحدهما شدة انقباضات  
القلب والثاني امتلاء تجاويفه وكثيرا ما تنقص المرضي بسهولة تنقسا  
عميقا في أثناء القصد ويزول الزبد الدم الذي كان يخرج مع النفت وحينئذ  
فيمكن أرتخاف الحياة التي كان يخشى عليها قبل القصد بل وقد يهين هذا  
الشكل من الاحتقان الرئوي بالسكنة الرئوية فانه كثيرا ما يحصل الموت  
بسرعة قبل وصول الطبيب الى المريض

وكذلك الاحتقان التشمسي الجلدي التواردي يستدعي القصد العام اذا  
خيف منه على حياة المريض فانه بهذا القصد يتناقص دفع الدم من القلب كما

وهذه اسبابها وكذا ضغط العمود الدموي في الشرايين ناقص وحينئذ تستفرغ الاوعية الشعرية وبذلك اماناً أن يمنع تكون الارتشاح الماصلي الذي حصل او المهدد بالحصول واما ان لا يحصل بالكمية ولذا شاهد في مثل هذه الاحوال ان المرضى تنفس بسهولة عظيمة تنفساً عميقاً في اثنا مجريان الدم ولكن في معظم الاحوال لا يكون تأثير القصد على المرض الاصل جديداً فانه يزيد في ضعف المريض واضمحلاله وفي فقر الدم ولذا ينبغي للطبيب أن لا يعتبر هذا التراجع الوقتي السريع بحيث لا يسوغ له قصد المريض الا عند الاضطراب والخطر العظيم ومتى شوهد في أثناء سير الالتهاب الرئوي أو البليوراوي أو الامتلاء الغازي الحديث الصدور انه انضم اعسر التنفس العظيم ظهروا خراخر رطبة في الصدر وصار الثقب مصلياً وحينئذ يكون المريض في حالة خطر فلا يعتبر مغر النبط بل يتضمن هذا العرض سبب آخر لاجل فعل القصد وكما كانت الحالة حديثة سهل علينا معرفة الاحتقان التكملي الجاني وتأكيد الطبيب من التراجع

ومما يستدعي أيضاً تنقيص كمية الدم الخطر العظيم الوقتي الذي يشاهد في احوال امراض القلب التي فيها تهدد اعراض الاذيميا الرئوية بالحصول وما يحصل للمريض من الراحة التامة عقب القصد يكون غالباً موافقاً لمطمح نظر الطبيب ورجائه فيه ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا ينبغي أصلاً فعل القصد الا عند الاضطراب اليه جداً لان المصابين باقعة القلب لا ينصمون الاستفرغات الدموية لان الاقعة القلبية ان كانت مزمنة كان دم هؤلاء مثل دم المصابين بالانفيزيما قليل اللبنة والزلاية وله ميل عظيم لتكوين ارتشاحات مصليية فبنتيجة القصد لكمية الدم يحدث أيضاً تناقص في تماسكه وعما قليل تعود كميته الاصلية بسبب امتصاص السوائل الموجودة في المنسوجات وفي الامعاء وبذلك يزداد الاستعداد للارتشاحات المائية كثيراً واما باقي الاشكال من الاحتقان الرئوي التي سبق شرحها فاقصد فيها من كل الوجوه مضر خصوصاً في الاحتقان الرئوي الانفجاري الذي يحصل في أثناء سير الحميات الضعيفة فلا بد فيه من اجتناب القصد مهما كان امتداد هذا الاحتقان وخطر الاذيميا المصاحبة له وانما في مثل هذه

الاحوال ينبغي استعمال جميع الوسايط التي بها يزول الضعف الحاصل في قوة القلب وهذا غاية ما يفعل من المعالجة وهذه الكيفية يمكن الحصول على استقرار تجاويف القلب وسهولة انصباب دم الاوردة الرئوية فيها وبذلك يعلم ان القصدي ضعف حر كات القلب ويزيد في شطر المرض وحيث كان هذا الشكل الاخير أكثر موصولا وتنتيجة جميع الامراض المنستطيلة المنهكة كان استعمال الامراق القوية والنيذوالسكا فور والمسلك أنفع من الاستقراعات الدموية وقد ذكرنا فيما تقدم عسر التمييز بين شلل القلب الابتدائي والاحتقان التغمي الجاني الذي يحصل من قسرة الانتمابات الرئوية التي تؤدي فيما بعد لضعف انقباضات القلب بسبب التضخم الغزير والحلي الشديدة

وقد تستدعي الاوذيميا الرئوية زيادة عن طريق المعالجة التي يراها فيما تقدم استعمال المقينات اذ لم يحصل السعال بقوة كافية وبمحزن عضلات الشعب المشاورة عن مساعدة طرد المتحصل العالي للمسالك الرئوية وقد ذكرنا في لم يمكن قذف النفث وبقي استسقاء الخراخر في الصدر ولو بعد حصول السعال عند المريض ينبغي اعطاء سلفات النحاس أو عرق الذهب مع الطرطير المقي لكن لا يستعمل ذلك الا في الاحوال التي يترجم فيها بنجاح المريض وقد أوصى المعلم (ترويه) باستعمال خللات الرصاص بقدر ٥ سنتغرام أعنى فحة كل ساعة مع وضع منقطة مستقرة على الصدر ونص على جودة هذه المعالجة في الاوذيميا الرئوية وبالمجمل فالاوذيميا الرئوية المتعلقة باستسقاء عموي تستدعي نفس معالجة المرض الاصل وفي مثل هذه الاحوال يلجأ أيضا لاستعمال المقي حتى شوهدت الظواهر المتقدمة التي ذكرت مرارا

(في تزييف أعضاء التنفس) \*

اعلم أن ينبوع التزييف هو الغشاء المخاطي الشعبي في معظم الاحوال التي فيها يخرج كمية عظيمة من الدم بالنفث وحيث كاد يصطبب التزييف الشعبي دائما بامراض الرئة ويسبقها اختراش رحه هناع أنزفة الجوهر الرئوي الحقيقي ونعني بأنزفة أعضاء التنفس أولا التزييف الشعبي الذي هو السبب الغالب في النفث الدموي المعروف بالبصاق الدموي والسيلان



الدموى الرئوى أعنى خروج كمية عظيمة جداً من الدم ثانياً التزيف الشعري  
فى الخلايا بدون تغرق المنسوج الرئوى المعروف بالسدد الدموية ثالثاً التزيف  
الرئوى المصعوب يتم تلك المنسوج الرئة وتكون من بورة سكتية تعرف بالسكتة  
الرئوية الحقيقية وأما الانزفة الآتية من كهوف رئوية والتي تنشأ عن تغرق  
الانوريزما واستطراقها بالمسالك الهوائية فتفسد شردها فيما سياتى

### • (المبحث السادس) •

#### (فى التزيف الشعري)

#### • (كيفية الظهور والاسباب) •

كل من الاصابات الجرحية وتآكل أوعية عظيمة من الغشاء المخاطى الشعري  
نادر الحصول جداً وكذا التزيف الوعائى الشعري للمسالك الهوائية ينذر  
أن يكون ناشئاً عن اصابات جرحية أو تغرق وتتركز فى الغشاء المخاطى  
الشعري بل الغالب أن يكون التزيف متعلقاً بتغرق فى الأوعية الشعريّة  
أما عقب امتلائها بالدم أو عقب حالة غير طبيعية فى تغذية جدرانها فينتج عنها  
سهولة تغرقها

وبالحالة الاولى تنشأ غالباً الانزفة الوعائية الشعرية القليلة التى تحصل فى  
الدور الاول من التزلات الشعبية الحادة عند شدة تهيج المسالك الشعبية وعند  
وجود اضطرابات دورية ناشئة عن نحو أمراض عضوية فى القلب وبالحالة  
الثانية ينشأ أغلب الانزفة الشعبية التى بها ينسكب مقدار عظيم من الدم  
فى المسالك الهوائية وتتقذف الى الخارج على هيئة النفت الدموى أو  
التزيف الشعري

وهذا الامر المعنى به قليلاً أعنى كون الانزفة الشعبية تكاد تكون  
جميعها متعلقة بمحالة مرضية فى جدران الأوعية المعروفة بسوء القنية التزيفي  
وليس ناشئة عن شدة امتلاء تلك الأوعية لأهمية عظيمة فى الطب العمل  
ودليل ذلك كون نوب النفت الدموى أو التزيف الدموى الرئوى لا تكون  
مطلقاً مسبوقاً بعلامات احتقان الغشاء المخاطى الشعري بل يكاد النفت أن  
يقرئ بصريحاً بالاشداسهصاء متى فقدت المرضى كمية عظيمة من الدم وصار  
امتلاء أوعيتها قليلاً

ثم ان الاستعداد لحصول الانزفة الشعبية الغزيرة (أى سوء التغذية التزيفي للغشاء المخاطي الشعبي) يشاهد في أحوال نادرة أو لا عند الشبان المتعدين بحسب الظاهر بصحة جيدة جداً وبنية قوية وليس عندنا أمر نرتكبن اليه في توجيه هذا الاضطراب الغذائى بل در الاوعية الشعرية الذى يكون غالباً له تأثير مضر متلف وقاصر على الغشاء المخاطي الشعبي ثانياً وهو كثيراً ما يوجد الاستعداد للتزيف الشعبي الغزير له سالف الهوائية عند الشبان الذين منهم من خمسة عشر الى خمس وعشرين أعصاب الصحة غير الجديدة والبنية الضعيفة من الصغرة ويكونون غالباً ينامى وماتاً أو هم بالسل الرئوى وكانوا أصيبوا في طفولتهم بأمر ارض خنازيرية أو راششية واعتراهم الرعاف بكثرة ونحوها في أقرب وقت بدون أن يكون طولهم في تناسب بالنسبة لنمو باقى الاعضاء والجامبع وتكون عظامهم الطويلة مستدقة وصدورهم ضيقة وجلودهم تظهر كثيرة الرقة والشفاية من غيرهم ووجنتهم تتوقد بسهولة ويرى على أصداعهم وظاهر انوفهم أوردة من رقة وربما نوههم ان كثرة حصول الانزفة الشعبية عند مثل هؤلاء الأشخاص ناشئ عن كون العناصر الغذائية لجسمهم قد تلاشت بسرعة بسبب أمر ارضهم في سن الطفولية ونحوهم السريع فلم تكف في التغذية الطبيعية بل در أو عيتمهم وذلك لان حصول الانزفة الذاتية عقب الامر ارض الثقيلة والتقيحات المستطيلة والانزفة الغزيرة ينسب الى تلاش في العناصر الغذائية لكن هذه النظريات لا تكفى في التوجيه لما ان الغشاء المخاطي الانقى هو الذى كان أولاً يجلس للتزيف وفيما بعد مجلسه الغشاء المخاطي الشعبي ولما ان التزيف لا يشاهد في الدماغ ولا في غير من الاعضاء عند مثل هؤلاء الأشخاص ثالثاً يوجد الاستعداد للتزيف الشعري الشعبي عند المرضى المصابين بالدرن او السل الرئوى وكثرة حصول هذا التزيف في جميع أحوال المرضى المدكورين يوجه من جهة بان الأشخاص الموجود فيهم الاستعداد البين للتزيف الشعبي يصابون بكثرة بالدرن الرئوى أو السل الرئوى وان الاستعداد لهذا التزيف لا ينطفى بعد اصابة الرئين عندهم ومن جهة أخرى يحصل في كل من الجوهر الرئوى والغشاء المخاطي الشعبي استرخاء وهشاشة عقب تراكم

الدرن فيه أو أصابته بتغيرات النهاية فمنه يبحث أن الأوعية الشعرية  
المارة في منسوج مسترخ لا يقاوم تعددها يعثرها بسهولة فتندعق عظيم ورقه  
في جدرانها وبذلك يسهل تغرقها

وبالجملة فيمنضم لذلك أن التجمعات الدرية والبورات الالتامية بضغطها على  
الأوعية ينشأ عنها حصول احتقانات توارديتها احتباسية فتعين على غزو  
تلك الأوعية

ثم إن القسطن بمذهب لينيك ونظرياته الغير التامة في هذا الخصوص أوقع  
الاطباء بالنسبة للارتباط الكائن بين التزيف الشعبي والدرن الرئوي في خطأ  
عظيم وأدى لحدوث مبالغات وتصورات فاسدة

فإن كثيرا من الاطباء من يعتبر أن كل نفث دموي غزير علامة أكيدة  
تقرى على الدرن الرئوي المتسكون أو الأخذ في التسكون ولو لم يسبق ذلك  
بأعراض حساسة أو مدبر للمرض في الرئة ويعتبر ايضا مع التأكيد خصوصا في  
الاحوال التي فيها تتضح علامات السل الرئوي بعد ظهور النفث الدموي  
حالان هذا النفث نشأ ولا بد عن وجود الدرن في الرئة أو تكونه فيها

واتر دعا ذلك مع غاية البيان حيث أن هذا الاعتبار فاعلا عن كونه خطرا  
بالنسبة للمرضى خطأ للغاية فانه ولو أمكن وجود بعض أحوال فيها يظهرون  
الدرن أو تغيرات النهاية في جوهر الرئة بكيفية كامنة بحيث لا يشاهد عند  
المصابين ظواهر مرضية حتى تعثرهم ثم توبة من النفث الدموي أو التزيف  
الرئوي إلا أن مثل هذه الاحوال من النواذر العظيمة جدا

بل في غالب الاحوال التي فيها لا تسكون توبة النفث الدموي الغزير مسبقة  
بسعال ولا بضيق في النفس ولا بغيرهما من أعراض آفة رئوية تكون

الرئتان حين حمل التزيف الشعبي سليمتين وإيتا مجامع الدرن الرئوي  
وحيث أن مثل هؤلاء المرضى يندرجون كهم في أثناء النفث الدموي لا يتيسر  
التحقق من سلامة الرئتين بواسطة الصفات التشريحية ومع ذلك أن تأملنا  
لوصف الصفات التشريحية المنتهية في التاريخ فوارنا نتائجها بعضها  
تحققنا أنها مؤيدة لما قررناه بل اني بنفسى لم أجسد ادنى أثر للدرن الرئوي  
ولا غيره من تغيرات مرضية أخرى مفسدة عند فعل الصفات التشريحية

في جثة بعض الهالكين بزيغ رتوى مدة تمتعهم بصحة تامة  
كما ان الاحوال العديدة التي فيها تكون الانخفاض متمتع بصحة جيدة  
بعد ان حصل لهم جلة ثوب من النفت الدموي مثل ما كانت في صحة جيدة  
قبلها بل وكثيرا ما يصلون الى آخر سن التقدم بدون أن يوجد في جثثهم بعد  
الموت علامات الدرن الرتوي المنطفي أو آثار تغيرات وتورم النهاية تدل على  
حصول التزيف الشعبي الغزير بدون اصابة ثقيلة في الجوهر الرتوي

وكذا الاحوال التي فيها تظهر علامات السل الرتوي الاولى عقب نوبة  
التفت الدموي أو السيلان الرتوي ويكون هذا التزيف الشعبي متقدما  
على حصول الاصابة الرتوية تسكون ايضا منافية للنظريات لبنيك التمسك بها  
أغلب الاطباء كما تقدم فانه طبقا للنظريات لا يوجد الانوع واحد من السل  
الرتوي وهو السل الدرني وحيث ان التزيف الشعبي لا يمكن أن يؤدى  
لتسكون الدرن فلا بد من رفض القول بوجود ارتباط سببي بين التزيف  
الشعبي والسل الرتوي الذي يعقبه فان انضم حينئذ لنتف الدموي أو  
التزيف الشعبي العلامات الاولى من السل الرتوي قيل انه حصل ولا بد قبل  
ظهور التزيف أو معه حال تراكم درني في الرتين وهذه الاستنتاجات وان  
كانت عقلية لكنها تعد من الخطا لانها نشأت عن مجرد فرض وهمي وهو ان  
التراكم الدرني هو السبب في جميع اشكال السل الرتوي وقد ثبت لي  
بالمشاهدات الاكيدة في المرضى الذين أصيبوا بالنفت الدموي أو التزيف  
الشعبي بدون سبق ظواهر مرضية بل وفي أثناء الصحة التامة ولم تعد لهم  
صحتهم بعد تلك النوبة وهلكوا عما قبل من الاشهر بالسل الرتوي ذي السير  
السريع ان مثل هؤلاء المرضى لم يهلكوا مطلقا بالدرن لرتوي بعناء الحقيقي  
بل هلكوا غالبا بسبب كل من السل الرتوي الذي لم يعتن به الى الآن المتسبب  
عن التزيف الشعبي (تقيا للنظريات لبنيك) بدون واسطة فانه ان بقي الدم  
المتعقد في احوال التزيف الشعبي في الخلايا الرتوية التي يجذب لها  
لدم المتسكب في الشعب عند مسكات الشهيق أنزل ولا بد كهيئ النهائي  
فيما جاوزه من الاجراء كدم منعقد في أحد الاوردة أعنى ان السدة تؤثر كهيئ  
النهائي في جذر هذا الوريد ويقرب من العقل انه في أغلب احوال النفت

الدموى يكون لا وجمية الشعرية من التلايا الرئوية مدخل عظيم بل من  
الجائز انما هي البنبوع الاصل في التزيف وبالتغيرات الالتهابية الرئوية  
الحاصلة بهذه الكيفية يمكن ان تكتسب اتهاآت مختلفة (كما هو مبين  
في البحث الثالث) فالانتهاء الكثير الحصول هو استئصال كل من الدم  
المتقد وجوهر الرئة الملتهب استئصاله جنية ثم ثلاثي فيما بعد وهذه التغيرات  
التشريحية المرضية يطابقها بالسلبية الصورة المرضية التي يسير بها السل  
الرئوى متى اعتري أشخاصا أو بقاء البنية عليها عقب تزيف شعبي حالوا هلكوا  
في اشهر قلائل من هذا المرض

وبالمجمل فلذلك كان مثل هذا التزيف الشعبي الذي يحصل في انشاء سل  
الرئوى يؤدي أيضا بالسلبية السابق ذكرها الى التهابات رئوية مزمنة  
وتلاش في الجوهر الرئوى وبذلك يسرع الانتهاء المحزن اذ من المعلوم ان  
الثقب الدموى الذي يطرأ في انشاء سل التهاب الرئوى يعتبر من الامور  
الخطارة وان هذا التهاب يتقدم بعد طروءه تقدماعظما الا ان هذه الظاهرة  
المعلومة عند جميع الاطباء توجه توجيها خطأ حيث انها عادة توجه بالامر  
المعلوم النادر والحصول وهو تجدد تكون درن عقب التزيف الشعبي ويكون  
سببا في احداثه ومن جهة أخرى في سرعة سير السل الرئوى

وحديث ان رأينا بالنسبة للارتباط الواقع بين التزيف الشعبي والسل الرئوى  
يختلف الآراء المنتشرة التزمنا ان نوضحه مع الاختصار بما ساقى وهو  
اولا ان الانزفة الشعبية الغزيرة تحصل أكثر مما يظن عادة عند أشخاص  
لم تكن مصابة بالسل الرئوى في زمن طروها بل ولا تصاب به بعده

ثانيا ان تزيف المالك الهوائية الغزيرة كثيرا ما يسبق السل الرئوى في  
احوال عديدة بدون ارتباط سببي بين التزيف والتغير المرضي في الجوهر  
الرئوى وحينئذ يكون ينوع كلا هذين التغيرين المرضيين واحدا وهو  
الاستعداد العموى في الشخص المصاب بكلا هذين المرضين اعني التزيف  
الشعبي من جهة والسل الرئوى من جهة أخرى

ثالثا ان تزيف الغشاء المخاطي الشعبي يسبق تكون السل الرئوى  
ويكون بينهما ارتباط سببي وذلك ان التزيف الشعبي يؤدي لتغيرات التهابية

من منة في جوهر الرئة تفتش بهنكه وتلاشه  
 رابعا ان التزيف الشعبي يكون حصوله في انثناء سير السل الرئوي اكثر من  
 تقدمه عليه ويندر حصوله في احوال يكون فيها مرض الرئة لم يزل كامنا  
 خامسا ان التزيف الشعبي الذي يحصل في انثناء سير السل الرئوي ~~ي~~ يمكن  
 ان يسرع الانتهاء المحزن لهذا المرض وذلك لكونه ينشأ عنه تغيرات  
 النهائية من منة مفسدة لجوهر هذا العضو

### • (الصفات التشريحية) •

المسالك الهوائية توجد عند فتح جثة الهالكين بالتزيف الشعبي بمشة بدم  
 منعقد أو سائل في امتداد متفاوت ويكون الغشاء المخاطي أحيانا ذا لون أحمر  
 داكن مستويا إذا كان الدم مرتجيا في مروج هذا الغشاء ويصير  
 حينئذ منتفخا إذا قوام رخو وسيل منه الدم عند الضغط عليه وأحيانا يكون  
 هذا الغشاء ياهتا خاليا عن الدم فكان الاوعية الشعرية تتجردت بالكلية عن  
 متصلها ولا يوجد تفرق اتصال في مفاصله أوتقرح يعبر ينبوعا التزيف  
 وتوجد الرتان في اجزائها التي سال الدم نحوها في الخلايا الرئوية ذات لون  
 كثيرا حمرا أو قليلا مع نقلاها وتكاثفها وان كانت الشعب لم ترل مملئة بسائل  
 دموي امتنع خروج الهواء حينئذ فالاجزاء المقابلة من الرئة لاتمتطع عقب  
 فتح الصدر وتظهر في الجثة انفيما عظيمة في جميع الاعضاء اذا كان الموت قد  
 حصل عقب فقد كمية عظيمة جدا من الدم

والاحوال التي فيها يطرأ الموت بعد زوال التزيف الشعبي بزمن طويل  
 اما ان لا يوجد أدنى اثر للتزيف في الرتين وهو الغالب او يوجد علامات  
 الالتهابات الرئوية المزمنة على اختلاف ادوارها ويبنى نسبتها للتزيف متى  
 وجدت في الشعب تعقدات دموية منفسدة كثيرا او قليلا واخفت في  
 الاستحالة الجفية

### • (الاعراض والسير) •

وجود كمية قليلة من الدم او بعض خطوط منه في النفت المخاطي التزلي  
 عرض كثير الحصول جدا وليس فيه أدنى خطر وربما يخرج بالنفت كمية  
 عظيمة من الدم النقي او من المواد المخاطية الدموية عقب ارتجاج الرتين

أور من الصدر أو لجهودات العنفة جدا أو عقب استساق أبصر متريفة  
أو عقب بعض اشكال ثقب له من الاحتقان الرئوي الاحتياضي أو الشعبي  
في أثناء سير امراض القلب اسكن كذلك هذا النفث الدموي ليس له اهمية  
في حد ذاته ولا خطر

وعنه كس ذلك يقال في النفث الدموي القزير الناتج عن تناقص مقاومة  
جدار الاوعية الشعرية الشبكية ويسمى بحسب تفاوت كمية الدم اما بالنفث  
الدمي او بالسعال الدم او بالتزيف الرئوي وفي هذه الحالة يمكن للطبيب  
الحاذق الاعلان به قبل حصوله بزمن طويل لما يترامى له من هيئة المرضى  
التي يراها فيما سبق سيما ان تشكت زمنا فزمننا برعاف او خفقان واحساس  
بضيق في الصدر ومن النادر سبق نوبة النفث الدموي بظواهر حقبة  
كالا حسان بانقباض الصدر بل الغالب حصول النفث فجأة في وقت لا يؤمل  
حصوله فيه فالمرضى تدرك احساسا بسائل ساخن يصعد خلف القص ويطعم  
مخصوص - لو في القم فتنتفخ وحينئذ ترى مواد دموية تخرجت بالنفث من  
القم ثقبه أو مخاطية مدمجة وهذه الظاهرة تحدث فزعا واضطرابا عظيمين جدا  
مهما تكن الشخص جسورا ولو قلت كمية الدم المنقذ فلا بد وان يرتاب  
المرضى في حيث لونه وتر عدم مفاصل بحيث يقرب الى حالة الانحماض ثم بعد انقذاف  
هذه المواد الدموية بتأيسل يحس بدغدغة في العنق وتطلب للسعال  
ويسمع في الصدر خرا خرا رطبة غليظة ونوع غليمان فيه ثم يحصل بعد ذلك  
سعال قصير رطب ينقذف به مواد دموية زبدية ذات لون احمر قان وانقذافها  
يكون من الانف والقم معا غالبا ويوجد بين نوب السعال المختلف فترات  
قصيرة فيها ينسكب الدم ويتجمع جديدا وهذه الكيفية كثيرا ما تنقذف  
كمية عظيمة جدا من هذا السائل في زمن قليل (تقد تصل الكمية المقذفة  
من أوقية الى رطل او ازيد من ذلك) ثم ان الدوية التي شرحتها تزول في نصف  
ساعة وأحيانا في أقل من ذلك والغالب مكثها بعض ساعات فالمواد المخاطية  
التي تخرج فيما بعد تكون حمرة قليلة ومختلطة بالدم لكن لا يكون جميع  
النفث مكوونا من الدم التي ومن النادر جدا عدم تكرار نوبة النفث الدموي  
عند المرضى بل تكاد تتكرر دائما بعد ساعات قليلة أو في اليوم التالي

أي كانت جودة المعالجة وفي معظم الاحوال تشاهد نوب جديدة في اليوم الثاني أو الثالث وقد تزداد مدة أسبوع حتى يهتلون المريض ويخلو عن الدم فيقتل من نوبة النفت الدموي وطالما بقي المريض مصروفا عن التوبة جله أشهر بل عدة سنين

وهذه الكيفية يكون سير التزيف الشعبي حاصل في أثناء سير السل الرئوي أو في انخفاض سلمي الرئة من الدون وغير من التغيرات المرضية ومن النادر جدا أن يشفى من هذا التزيف على الحياة ومن المهم معرفته ان الموت لا يحصل في النوبة الا نادرا جدا ولو اجتمع في المريض العلامات الدالة على الاتهاء المحزن كالانقطاع الكلي والميل للاغماء وغير ذلك من العلامات والاكثر حصول الموت لا يفقد الدم بل ياتسداد الشعب والتنفس غير النام والبعث الطبيعي للمصدر لا يدل غالبا على شيء ما عدا انخراخ الرطبة المنتشرة كثيرا أو قليلا فلا ينبغي قلق المريض وتميجه بتكرار البعث بالسمع والقرع وان حصل انصباب مقدار عظيم من الدم علا اختلايا الرئوي ينفجر عظيم من الرئة صار صوت القرع في حداثته أصم فارغا وغط التنفس ضعيفا وغير محدودا وشعبيا ثم ان المرضى في كثير من الاحوال بعد ان ينقذ منهم مدة طويلة من الزمن أجزاء صغيرة من مواد مخاطية مدمجة ودم منعقد يعودون الى صحتهم كما كانت وان كان الدم المنعقد قد ركض في فرع شعبي وسده فنع من دخول الهواء فيه لا يكون لونه أجرة فانيا بل داكنا مسودا

وبالتأمل بالدقة يرى انه يوجد عند أغلب المرضى ولو الذين عادوا بسرعة الى صحتهم عقب التزيف الشعبي علامات تهيئ التهايشليدي الرئة والبلوراني الايام الاولى من النفت الدموي فاني قد وجدت من منذ التقائي الى حصول هذا الالتهاب البلوراني الرئوي التسايع تقرير ساداته اثاره في حرارة الجسم وسرعة في التنفس واضطراب اعموميا والاماناخسة في جاني الصدر وأهمية ضعيفة في صوت القرع والغاطا احتسكا كية أو خراخرات فقاعات رقيقة وذلك في اليوم الثاني أو الثالث عقب النفت الدموي بل وفي الاحوال التي فيها مضي زمن طويل بعد طر والنفت الدموي أمكنني بالبعث الجيد اثبات انه كان اذذ الشوجودا علامات من التهيح الالتهابي للاعضاء



التقسيم متفاوتة الموضع وما استقر به ان تلك النتائج التابعة للتريف  
الشعبي التي تكاد توجد دائماً لم يعثر أحدهم ولم تسجدت كرفي كتب الطب  
والاستهواء الكثير الحصول لهذه الالتهابات التابعة هو التحلل فكثيراً ما تزول  
جميع الاعراض بعد أيام قليلة ويعود المريض كما ذكرنا الى نقاهة تامة  
وفي أحوال أخرى يستمر كل من ارتفاع حرارة الجسم وسرعة النبض وكذا  
الحالة العامة تبقى مضطربة بسبب استقرار الحنجرة وكذا آلام الصدر التي تعتبرها  
المرضى عادة آلاماً وماتزمية تستقر أيضاً كسرعة التنفس ويوجد  
عند المرضى سعال يتدفق به ثقب مخاطي مدمم فان وجد مع هذه الاعراض  
في جزء من الصدر عند القرع صوت فارغ أصم وكان لغط التنفس غير محدود  
او ضعيف وحصل للمرضى نقاهة وانحطاط ساغ الظن بأن هناك في الرتين  
تغيراً مرضياً مقدراً وان هلاكهم بالسيل الرئوي قريب الحصول لكن  
لا ينبغي في مثل هذه الاحوال اليأس وقلة العشم في النجاح ففي كثير من مثل  
هذه الاحوال تزول الحنجرة عما قلل من الاسابيع وكذا الآلام وتصر النفس  
والسعال والنفث حتى ان المرضى يرون انهم برثوا من مرض ثقل وتعود  
لهم صحتهم التامة بسرعة وبالبحث الطبيعى يستدل على وجود جوارح هابط من  
الصدر يكون صوت القرع حوله فارغاً أصم واقط التنفس ضعيفاً فالالتهاب  
الرئوي يكون حينئذ قد انتهى بضمور وانكماش الجزء الرئوي الملتب ومن  
هنا الالتفات لذلك انضمت أحوال عديدة من هذا القبيل وانما يحصل  
في أثناء سير الالتهاب الرئوي المزمن الذي يعقب التريف الشعبي تحسين  
واتهكت المرضى بدلا من ذلك بالحجى الشديدة ذات التورانات المسائية  
والعرق الليلي وصار النفث غزيراً هدياً وانفصت تكون كهب بالبحث  
الطبيعى ساغ الحكم بأن الالتهاب الرئوي المزمن انتهى بالاستيالة الجنية  
وتلاشى الجوهر الرئوي الملتب

وبالجمله فلقد ذكرنا الاشخاص الذين نجوا من نزيف شعبي غزير يكونون  
عرضة للهلاك بالسيل الرئوي بعد زمن ما ولو لم يخلف التريف فيهم أدنى عاقبة  
مضرة وكانوا قد عادوا للصحة تامة

• (التشخيص) •

كثيرا ما تختلط الازفة بالآتية من الشعب بالرعاف سيما اذا كان آتيا من  
الجهة الخلفية للحناسيم أو كانت المرضى عند حصوله مستلقين على ظهورهم  
ففي مثل هذه الأخيرة يفسد الدم ثم يعلو البلعوم ويصل الى الخنجرة ثم ينقذف  
منها بواسطة السعال وهذا مما يحدث فزعازعا عند المريض وأهله حتى أنهم  
يعطونه مقدارا مناسباً من ملح الطعام أو الخل قبل مجيء الطبيب وفي مثل  
هذه الاحوال المفترضة ينبغي للطبيب التأنى والتؤدة في البحث عن اللثة  
والحناسيم والخلق بالدقة والتفحص الجيد بأن كان حصل للمريض رعاف  
في الليلة السابقة كي لا يقع نفسه في الخطأ

وأما التشنص التميز بين التزيف الشعبي والآتي من المعدة فمهمة صعبة  
لا سيما اذا أريد معرفة ينبوع التزيف المنقذف من منذسنتين فإن السعال  
الذي يصحب النفث الدموي كثيرا ما يصعب عثيان أو في كما ان الدم قد يزدرد  
ثم ينقذف بالقي وبالعكس يعني ان القي الدموي الشديد يكاد يصعب دائما  
سعال بسبب دخول جر مسخري من الدم في الخنجرة ولذا لا يمكن المرضى على  
الدوام معرفة ينبوع الدم ان كان آتيا من القي أو السعال وسنوضح الفرق  
مفصلة بين هذين التزييفين عند الكلام على التزيف المعدي وانما تنبيه هنا فقط  
على انه ينبغي التفحص الجيد أولا عن السعال ان كان انضم الى القي أو القي  
اعقبه ثانيا ان كان خروج التزيف سبقه اضطرابات معدية أم لا ثالثا عن  
التزيف ان كان القي عقبه فيما بعد براز مسود قطراتي أو بعد الايام التالية الى  
عقبه نفث مواد مخاطية ملونة بالدم وان أمكن البحث عن الدم المنقذف وجد  
لون الدم الآتي من المسالك الهوائية أجرجانيا رغويانا غالبا ذا خواص قلوية  
وان تكون منه قرص كان هذا القرص رخوا خفيف الوزن النوعي لانه  
يكون محتويا على فقاع هوائية وأما الدم المنقذف مع القي فبخلاف ذلك  
فان لونه يكون داكنا بل مسودا مالم يتاكل شريان غليظ من شرايين المعدة  
فانه وان لم يختلط بفقاع هوائية لكنه يكون مصحوبا ببقايا المطعومات  
والمشروبات ويكون كذلك ذا خواص حمضية وان تكون عنه قرص  
دموي كان ثقيلاً منجهدا

وبالجملة يلزمنا ان نذكر بعض كلمات في الفرق بين التزيف الشعري للغشاء

الخاطي الشعبي وبين التزييف الثاني عن جرح أوعية عظيمة الحجم كائنة  
 في جند الكهوف الرئوية وبعض المؤلفين وان اعترف بأن التزييف القليل  
 الكمية المكون للنفث الدموي يحصل من الاوعية الشعرية للغشاء المخاطي  
 الشعبي بمعنى أن كل تزييف غزير يؤدي لحصول تزييف رئوي لا بدوان ينشأ  
 عن تمزق أدنى كل بعض الاوعية الغليظة فقط زاعماً بأنها كذا القول جداً حتى  
 انه يقول ان جميع الأشخاص ولو المتقين بصحة جيدة في الظاهر متى  
 اعتراهم تزييف رئوي لا بدوان يوجد فيهم كهوف رئية بقيت كامنة الى  
 حين حصول ذلك لهم وما ذكر من كون التزييف الغزير لا ينشأ الا عن تمزق  
 اوعية غليظة فقط ولا يصح أن يكون ناشئاً من أوعية شعرية للغشاء المخاطي  
 الشعبي فغير مسلم فان التزييف الشعري الاقنى من الغشاء المخاطي الاقنى  
 لا يندران يكون غزيراً جداً بحيث يهدد الحياة ولا يمكن أن يحصل تزييف  
 غزير شعري من الغشاء المخاطي الشعبي سيما ان كان حصوله من اصابة ممتدة  
 من هذا الغشاء لمدة الشهور فانه حينئذ يرق الهواء الكائن في الرئتين جداً  
 بحيث ان النفث الدموي لا يصح أن يسقى بذلك بل بالتزييف الرئوي وذلك  
 بقطع التفرع عن كون كثير من الأشخاص المصابين بنفث دموي لا يكون  
 عندهم مبالغة في الوصف بحيث يزعمون ان ما خرج منهم من النفث الدموي  
 بلا عدة كوبات والحال ليس كذلك وزيادة على ذلك فليس من القريب  
 للعقل انه في جميع الاحوال التي فيها يعتري أشخاصاً جيدى الصحة في  
 الظاهر تزييف غزير من المسالك الهوائية كان كامناً فيهم كهوف رئوية  
 كما انه لا يعقل ان الانزفة الالتهبية من كهوف صغيرة كامنة كحصولها  
 من الالتهبية من كهوف عظيمة معلومة وبالجملة يمكن اثبات ان الدم المنقذ  
 في اغلب أحوال التزييف الرئوي لا يكون ناشئاً عن أوعية غليظة وبالأقل  
 لا يكون أنياباً من فرع من الشريان الرئوي ومن المعالوم ان تقرعات  
 الشريان الرئوي التي تسد بسرعة في الاشكال المختلفة من السيل الرئوي  
 وفي بعض الاحوال قد تنفتح أحياناً كل جدرانها أو غزوها تسيل في باطنها كتلة  
 الدم الوردي بل جسم بتمامه وفي جميع أحوال النفث الدموي بل وجميع  
 التزييف الرئوي يكون الدم المنقذ احمر فاتحاً بحيث يكون المهـم من

التشخيص التميزي للنفث الدموي والتزيف الرئوي هو لون ذلك الدم الاتي  
من الرئتين أو المالك الهوائية كما تقدم ولا يحكم بها كل احد ففرعات  
الشريان الرئوي الاتي الاحوال النادرة التي فيها ينقذف كمية عظيمة جسدا  
من دم قائم ويريدى غير ان هذه الاحوال التي شاهدناها حالة واحدة في  
الاكلينك نادرة جدا بالنسبة للاحوال التي ينقذف فيها دم فان هذا  
الدم القاني لا يمكن أن ياتي بالامن الاوعية الشعرية للاختلايا الرئوية أو الغشاء  
المخاطي الشعبي او غاية ما هنالك من تفرعات الشرايين الشعبية أو الاوردة  
الرئوية

### \*(الحكم على العاقبة)\*

أما الحكم على العاقبة بالنسبة للخطر الوقتي فهو على العموم جيد كاذ كرنا  
مهما كانت الظواهر خطيرة بحسب الظاهر وأما بالنسبة للشفاء فهو غير جيد  
بالكلية والنفث الدموي يكون انذاره أكثر خطرا كلما قلت شدة الاسباب  
التي أحسدهت وأثرت في المريض وكان غير متعلق بالاسباب مقمة للنفث  
الدموي وبالعكس الانذار يكون جيدا متى كانت اصابات الغشاء المخاطي  
للمسالك الهوائية لا واسطية كاشتداد حرارة القلب وضوحها من المؤثرات  
المرضية التي تحدث احتقاناً شديدا في الغشاء المخاطي الشعبي يؤدي الى تفرق  
جدار الاوعية الشعرية وكان يمكن ازالة هذه الاسباب ولا ينبغي عر  
احتباس الطمس وانقطاع دم البواسير من جهة هذه المؤثرات المرضية  
الاعم التدقيق والاحتراس ولو أن المرضى كثير ما يميلون للاعتقاد بأن  
النفث الدموي عندهم ناتج عن مثل هذه الاسباب وأن واقعهم الطيب على  
ذلك صاروا في غاية الاطمئنان لكن في غالب الاحوال لا يكون انقطاع  
الطمس سببا في التفت الدموي بل نتيجة له ومثل ذلك يقال في انقطاع دم  
البواسير فإنه قد يكون موجودا قبل نوبة التفت الدموي ثم ينقطع مدة هذه  
النوبة أو بعد نزولها بالكلية

### \*(العالجة)\*

يمكن أن تستدعى المعالجة السببية في الاحوال التي يكون فيها الكل من شدة  
احتقان الغشاء المخاطي وتزايد الضغط الوعائي الباطني الجاهي دخل عظيم

في أحداث التزيف الشعبي استعمال القصد العام وغالبا لا يكون لازدياد  
الضغط الحثي في الاوعية الشعرية الا دخل قليل في احداث التزيف  
الشعبى فانه لا ينقطع بقا قص الضغط المذكور و فراغ الاوعية ودنوموت  
المريض من القصد الدموى وعلى الطبيب أن يتأمل لهما تلوّن المرضى المصابة  
برعاف شديد يلجنا لسد الانف لاجل إيقاف هذا التزيف حتى لا يبادر  
باستعمال القصد ما دامت ضربات القلب متوسطة الشدة ولا يلجئ اليه  
الا اذا استقرت اعراض الاحتقان الرئوى الخطورة ولومع وجود التزيف  
الشعبى وحيث لم يمكن كما تقدم توجيهه بسبب دقة جدر الاوعية الشعرية وسهولة  
تمزقها وهما السببان الرئيسان لتزيف الشعبى فضرورة تلزم الاقرار بعدم  
امكان اجراء ما تستدعيه المعالجة السيية ولا مقاومة سوء القنية التزيفية  
بوساطة علاجية عقلية أو نوعية فالأوفق ايصاء المستعدين للاصابة بالنفث  
الدموى أو من أصيبوا به ثم برثوانه بالتخفظ حسب الامكان من تأثير  
الاسباب المضرة المحدثه لاضطراب التغذية العامة فيومرون باستعمال  
الاغذية الجيدة البسيطة غير المهيجة وبالرياضة الطفيفة في الهواء المطاوع  
وتتظيم حالة القناة المعوية والامتناع من الافراط في شهوة الاكل والجماع  
وتجنب الاثقال النفسية وعند اتضاح فقر الدم عن الكرات الحمراء  
تستعمل الاستحضارات الحديدية الخفيفة أو المياه الحديدية كالماء المعدنى  
الحديدى من بعض البنايع الطبيعية كما ببرمونت ودرينورغ وايمنو  
وعدم التمسك بمأذكرو الاهتمام به بعد من الاهمال والخطا العظيم  
وأتمامة المراجعة لنفسه فانها تستدعى استعمال تدبير صحى جيد ومن وضعه  
تسكين روع المريض وتطمين خاطره بل يسوغ للطبيب أن يخبره ان حصول  
النفث الدموى سيتكرر بعد بعض زمن لا يترجح لكل مرة ويظهر له  
البشاشة مع طلاقة الوجه ويفهمه بأن ذلك لا يهتم منه ولا يكثر به بل ربما  
فيه المصلحة والفائدة ولا يخشى الموت بكثرة التزيف فيواسطة الطبيب اللبيب  
يسكن روع المريض ويحصل له الهدوء التام وعلى هذا مدار التباحث ويؤمر  
بالجلوس في أودق باردة ويمنع عنه المشروبات الحارة وتعاطى الاطعمة  
الساخنة وتجنب الكلام بل يؤمر بمقاومة تهيج السعال مع القوة فان

السعال في النفث الدموي مضر كالتخيم من الالتصق عند الرعان وبالجملة ينبغي  
تبعيد الملابس الضاغطة على الصدر وكذا يؤمر بالاضطجاع مع الراحة في  
فراشه وأجود الوسايط العلاجية لمقاومة النفث الدموي التبريد على  
شكل مكدمات باردة أو جليد إذا كان التزيف الشعبي قويا جدا ومع ذلك  
فيعطى المريض بعض قطع من الجليد يرددها أو مقدار من عصارات الفشار  
المطبوخة المعروفة بالنج السكري وبالجملة يمكن استعمال التبريد على شكل حقن  
يضاف إليها بعض من الخل كالماء العادية وغير التبريد توجد جواهر عديدة  
مشهورة بأنهم موقفة التزيف بدون ~~أما~~ كان توجيه تأثيرها الفسيولوجي  
الآثار التجريبية وأكبرها ملح الطعام والحوامض ومن العجائب أنه متى استعمل  
مقدار عظيم جدا من الملح أو الحوامض نفع عنه حالة السكر بوطية في الدم  
وقد عرف تغذية جلد والاعوية وتزيف وأيا كان فلا بد وأن يوصى المريض متى  
حصل عنده نفث دموي بتعاطي ملح الطعام مسحوقا فاجتهدا بجملة  
ملاعق صغيرة أو كبيرة وبمرتبطة على جوف الكبريتيك أو القصفوريك  
وبالخصوص الكبريت (هالير) الحففي بأن يتعاطى منه في كل ساعتين عشر نقط  
ممزوجة بما يكفيها من الماء ونم جواهر أخرى توقف التزيف ولعدم انضاح  
نفثها وتأثيرها القوي لم يلتفت إليها بكثرة وذلك كخلات الرصاص الذي  
مدحه الأطباء الانجليز بكثرة والجويدار وزيت لتر متينتاو بلسم الكوباي  
والراتانيا وغير ذلك من الجواهر الدوائية وقد اوصى المعلم (وندرلس) بإعطاء  
الجويدار من خمس قعات إلى عشرة في كل مرة حتى يحصل الكلال ونحو  
في الاكمل وهذا التركيبا وانيا يستعمل بكثرة في التزيف الشعبي وهو

بلسم الكوباي  
الشراب البلسمي  
ماء العنناع  
روح النيمد النقي  
من كل اوقية واحدة

نصف درهم

روح الايتير

ويعطى من ذلك كل ساعتين أو أربعة نصف ملعقة كبيرة ولا تستعمل هذه  
الجواهر الا في الاحوال الخطرة جدا وينبغي ملاحظة ان تأثير هذه الجواهر

الموقفة للتزيف بجميعها ضعف عند استعدادها في الرعاف الثقيل ولومع  
سلامتها للغشاء المخاطي الدامي بلا واسطة وقد مدح في هذا العصر الأخير  
بكثرة استعمال الاستنشاقات بمحلول الحديد المركب من محلول نالي كلورور  
الحديد بقدرة جرام منه أو درهم على ست أو اق من الماء وقيل انه نافع جسدا  
في هذا المرض بحيث ان به يقف التزيف الشعبي الخطر في ظرف أربع  
دقائق وخمسة غير ان تجاري لم تؤيد عندي ذلك ومن الكثير الاستعمال  
في هذا المرض المسكنات حتى قلق المريض واشتد سعاله فبقي اعطاه منها  
فيعطى لمصهور دوفر في كل مساء وجرة أو مستحلب عمزوج بقدر نصف  
درهم من صبغة الاقيون أو نصف قشة من المورفين في أثناء النهار

### • (المبحث السابع) •

في التزيف الرئوي الغير المصوب بقرق في جوهر الرئة المعشوف بالسدد  
الدموية الرئوية وبالاكتساب الدموي السددي والسدد الالتهابية الرئوية  
• (كيفية الظهور والاسباب) •

أما السدد الدموية فهي عبارة عن نزيف شعري يكون قاصرا على صغر محدود  
من الرئة أو على بعض فصيصاتها في غالب الاحوال والدم يكون منسكبا ما  
في باطن الخلايا الرئوية أو الالتهاآت الشعبية الرفعة أو الاخلسة الطبيعية  
لجدار الخلايا الرئوية خصوصا بين الالياف المرنة المحيطة بهذه الخلايا وجوهر  
الرئة لا يمزج من هذا التزيف وذلك لان الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية  
سطحية جدا بل بعضها وضعه عارضا وتحديد هذه السددات من ككون  
التزيف من اوعية شعرية آتية من فرع شرياني واحد ومن المعلوم ان متسع  
الوعية الشعرية يكون بنسبة الشريان الناشئة منه وبحسب ذلك يختلف  
عظم السدد الدموية فالناشئة من فرع غليظ من الشريان الرئوي تكون  
عظيمة والعكس بالعكس وحيث ان الفروع الاصلية للشريان الرئوي تدخل  
في جدار الرئة من الشعب الغليظة ومن هنا تنفرع نقرعا شعيبا مع الاخذ  
في الصغر نحو الدائرة بحيث ينتهي كل فريع انتماق بدخوله في فصيص  
صغير فمن الواضح ان السدد المركزية تكون عظيمة قوا الدائرة اي السكائنة  
في القصيصات تكون صغيرة

وعند البحث بالدم عن التفرعات الشريانية المتكونة في تفرعاتها سد دموية  
يوجد فيها تعقدات دموية تملأ تجويفها امتلاء تاماً وتقربيها ووجود ذلك  
في الشرايين العظيمة سهل وفي الصغيرة عسر

وكون التعقدات السادة لم تتكون في محالها بل تكونت في صفراً آخر بعيد  
عنها وأنت الى هنا مع تيار الدورة وسجت في الاوعية حتى وصلت الى احد  
تفرعات الشريان الرئوي ووقفت فيه حيث لم يمكنها النفوذ منه أمر معلوم  
من منذ زمن طويل بالتسمية للسداد الانتقالية والتفري في هذا الاستكشاف  
المهم للمعلم (ورجوف) فانه ادخل قطعاً صغيرة من مواد ليقية وأجزاء  
عضلية أو بعض قطع من قلب البلسان في الاوردة الودجية من الكلاب  
وبرهن بالعنات التشريحية على ان هذه الاجسام الغريبة سدت بعض  
فروع الشريان الرئوي وأدت لحصول سد دموية والتمبات فصبسية  
أوخرجات صغيرة خلف الاصفار المسددة كما أنه أثبت أيضاً بالحقنات  
التشريحية في جثة الانخفاض الهالكين يوراث مرضية انتقالية في الرئة  
كون الشرايين الموصلة لهذه البورات مسددة آتية بلا شك امام  
السداد المنفسد لبعض الاوردة الدائرية او مجزئات آتية كذلك من بعض  
المنسوجات المتقرحة أو الفاسدة

وقد حصل اضطراب عظيم في مخرج اليمينا اى التسمم الصديدي للدم  
والسبتكيميا اى التسمم التعففي للدم غير ان شرح السداد الانتقالية وتعلقها  
اما بدخول تعقدات ليقية سدوية او قطع من المنسوجات المتلاشية لم يحصل  
فيه نقص ولا ابرام

ومن الواضح حصول هذا الشكل من التزيف بواسطة السداد السيادة  
الآتية امام من سد مسددة آتية من الاوردة الدائرية او من منسوجات  
متقرحة فاسدة آتية من الاجزاء الدائرية فانه متى دفع تيار الدورة مسددة من  
محبل منشأها متصل بدون عائق الى القلب لزيادة اتساع الاوردة من الدائرة  
الى المركز فنصل الى القلب الايمن ومنه الى الشريان الرئوي ولا تقف في سبيلها  
وتثبت الا متى وصلت تلك السلسلة السيادة الى فرع من الشريان الرئوي  
يكون اتساعه اقل من حجمها وينقضي على ذلك القاعدة العامة وهي ان السداد



السيارة الاتية من جذور الوريد الباب أو من تفرجات في القناة المعوية تصل  
الى جذوره المتوزعة في الكبد فتحدث تغيرات انتقالية فيه وان  
السدد التي تكون آتية من الرئة أو من القلب الايسر تسد القروغ  
الشريانية للطحال أو الكليتين او الدماغ وعند مشاهدة استئناآت من هذه  
القاعدة أعني ان شراها في بعض الاحوال سددته وفي بعض الاعضاء التي  
لا يمكن وصول السدد الى شرايينها الاعقب: وذهابا من الاوعية الشعرية لغير  
هذا العضو من الاعضاء كسدد الكبد عقب وجود سد ذاتية في الاوردة  
الدائرية) فانه يترامى من القريب لا يقل ان السدد السيارة في مثل هذه  
الاحوال كانت صغيرة في الابتداء ثم عظم حجمها في أثناء دورتها مع تيار الدم  
برسوب مواد ليفية عليها وقد نبه الملم (ويقر) على انه يوجد في كثير من  
الاعضاء بعض شرايين تنفصم مع الاوردة بلا واسطة أعني بدون أوعية شعرية  
بينها فكثرة حصول السدد الدموية في الرتين عقب جروح الرأس الواصلة  
الى الجواهر الكائن في باطن العظم ليس له سبب آخر الاكون الاوردة  
لا تطبق على نفسها لان جدرانها مثبتة في الوريقة الطاهرة والباطنة من  
العظام فتبقى منخفضة وبذلك يسهل نفوذ التعدادات الدموية فيها

وقد سبقت مشاهدة هذه السدد في القروغ الشريانية الرئوية من منذ زمن  
طويل في التزيف الرئوي المذكور الذي هو كثير ما يكون في أثناء سير  
امراض القلب لاسيما الاكاث العضوية للصمامات قلنسوة غير ان هذه  
المضاعفة كانت توجه بأن خروج الدم وانسكابه في الخلايا الرئوية وفي  
الهالات التي فيها يضطرب على الاوعية الشعرية ويمنع وصول الدم اليها في ذلك  
ينعقد تحصل القروغ الشريانية الموصلة عقب ركود الدم فيها حتى اني كنت  
أولاً عن يقول بهذا التوجيه مع ملاحظتي لكون الاحتمال الاحتياسي  
للكم في الدورة الصغرى المتعلقة به حصول السدد الدموية الرئوية في  
امراض القلب ليس كافيا في اقتصادا التزيف الشهري على بورات محدودة  
من الرئة وقد تحقق لي الآن ان هذا الككل من التزيف الرئوي في  
امراض القلب يحصل ولا بد بواسطة السدد السيارة كما أثبت ذلك كل من  
الملم (دوكتسكي وبرهارد) ثم ان السدد السيارة التي تسد بعض قروغ

الشريان الرئوي في أمراض القلب المذكورة لا تأتي من الدورة العظمى  
مثل السدد المحدثه لهذه الانسكابات الدموية الانتقالية بل من القلب الايمن  
لا سيما من بطنه الايمن الذي كثيرا ما يتكاثرون فيه تعقدات دموية صلبة  
تنشبت بالاعدة اللحمية الكائنة فيه عند بقاء الدورة بطا عظيمًا فان انفصل  
جزء من هذه التعقدات بواسطة التيار الدموي وسبح في الدورة لا بد وأن يسد  
أحد فروع الشريان الرئوي وبذلك يحصل انسكاب دموي سبدي رئوي  
والتعقدات اللبغية التي تنفصل وتسبح في الدورة في أحوال السدد القلبية  
يكون حجمها غالباً أعظم منه في السدد الأتنية من الدورة العظمى فان سدد  
القلب أعظم حجماً من سدد الاوردة وبذلك ينضغ لبسهم وله توجيه كونها  
تسد فروعاً غليظة من الشريان الرئوي وكون الانسكابات الدموية السددية  
في أمراض القلب اعظم امتداداً من الانسكابات الدموية الانتقالية وكون  
الاولى توجد في باطن الرئة بقرب جذورها والثانية مجلسها دائرة الرئة وبافتصال  
أجزاء صغيرة من السدد القلبية للقلب الايمن وسحبها في التيار الدموي ينضغ  
توجيه وجود انسكابات دموية سدديّة دائرية في أمراض القلب زيادة عما  
يوجد فيها بقرب جذور الرئة

وبالجملة فلنوضح الكيفية التي بها يؤدي انسداد القروع الشرياني الأتقنه  
الدم الى نزيف شعري في الاضفار المتوزعة فيها التفرعات الشعرية للشريان  
المتسد فان توجيهه ذلك وتوضيحه ايسر مما يفهم بسببولة مجرد النظر أما  
التوجيه الذي قال به المعلم (موكتنسي) من كون انسداد أحد التفرعات  
الشريانية الرئوية ولو الصغير منها جديداً وأوعيته الشعرية يؤدي لاحتقان  
تفصلي جانبي فشاغته نزيف ونضغ فقير توجيهه فضلاً عن كونه غير واضح فان  
الغريف لا يحصل من الاوعية الشعرية المجاورة بل يأتي من الاوعية المتسدة  
نفسها وكذا توجيه العلم (ورجوف) بالنسبة للنزيف الشعري فكذلك غير  
كاف بخلاف توجيه المعلم (لودويج) فانه تام واضح حيث بين تأثير تضائق  
أحد القروع الشريانية في الاوعية الشعرية وفسر هذا النزيف بكيفية  
شافية حيث قال ان قوّة الشرايين أسفل محل تضيقها يقل لان سرّبان  
عود السائل عند قوّة من أبايب ضيقة يفقد قدر من قوّة من عنه بخلاف

ما اذا كان ساريا من انايب متسعة ومع ذلك فلا يسوغ استنتاج أنه عند  
 حصول تضائق في الفروع الشريانية الصغيرة تصير اويعتها الشعرية فارغة  
 والمسوجات الحارة فيها تلك الاوعية باهتة فانه في السيار البطيء الحار من  
 الاوعية الشعرية لا بد وأن تجمع كرات دموية كبيرة ثقيلة وتتراكم على  
 بعضها وحيث انه باجماع كرتين ~~فانه~~ كثير يسمل التصاقها ببعضها  
 بتكون سدة دموية تسد الاوعية الشعرية وعند حصول ذلك لا بد وأن يرتفع  
 نوتر جديها ثانيا فان الاوعية المذكورة عبارة عن متعلقات أعوربة من  
 الشرايين ومتى انضم لذلك ارتقاء الضغط الناتج عن انسداد الاوعية  
 الشعرية الرقيقة الجدر كارتقائه في الاوعية الشريانية يحصل ولا بد غرق في  
 جدر الاوعية المتقدمة وخروج الدم منها وانسكابها انضغ لنا توجه بسيط تام  
 بالنسبة لحصول التزيف واقتصاره على الاصغار المحدودة المتوزع فيها الشريان  
 المسد ولا تقدر هذه التوجيه الا يكون الفرع الشرياني الذي يؤدي  
 للانسكاب الدموي السددي لا يصير متضايقا قط بل مسددا بالكلية وان  
 كان هذا الاعتراض غير توجيه فان وقوف السدة الدموية السيارة يحصل غالبا  
 في محل تفرع أحد الشرايين فلا يكون سده تاما ابتداء بل يحصل فيه تضائق  
 مختلفة وفيما بعد أي عند تكون الانسكاب الدموي السددي (الذي لا بد  
 وأن يحصل عاقرب) تترك مواد ليفية على السدة فينمذ يصير انسداد  
 الفرع الشرياني تاما

وهكذا تشاهد الانسكابات الدموية الانتقالية في جواهر الرئتين تشاهد  
 ارتشاحات رئوية محدودة وخراجات صغيرة وفي مثل هذه الاحوال تكون  
 التغيرات المذكورة عبارة عن أدوار متأخرة وانما أنت للانسكابات الدموية  
 السددية ولا غرابة في كون هذا الانتهاء يحصل في الاحوال التي فيها تكون  
 السدنة ناشئة عن جزئيات أنسية من المسوجات المتقرحة أو المتفجرة فانها  
 تؤثر في الاجزاء المحيطة بها كمهيج شديد التهاجي بحيث تتكون هذه الخراجات  
 الصغيرة في أقرب زمن والذي يؤدي ذلك ان الانسكابات الدموية السددية  
 في أمراض القلب التي فيها تكون السدة بسيطة غير مهيجة لماسولها من  
 المسوجات ومكتونة من مواد ليفية منعقدة ~~فكون~~ كون انتم أوهايا بالتهاب

الرئوي المسدد وشكويين الخراجات نادر والالتهابات التي تحصل في هذا الشكل تكون غذائية لامفسدة ولا مقرحة وغالبا تؤدي الى تكوّنات شلوية بها يتكيس الانسكاب الدموي

ومع ذلك قد يظهر في بعض الاحوال تكون الخراج والغنغرينا الرئوية المحدودة التي تكون اتها نادر في كلا شكلي الانسكاب الدموي السددي الذي يحصل بالكمية الاسية وهو أن هذا الانسكاب وانضغاط الاوعية الشعرية يشأ عنه تعقدات ليفية ثانوية في الاوعية المغذية للرئة اعني الاوعية الشعبية اى الخاصة بجوهر الرئة وبذلك يمنع وصول المادة المغذية الى محل الانسكاب الدموي السددي فيقع في التكرز في القسار والغنغرينا

### • (الصفات التشريحية) •

يندر أن يوجد الدم سائلا في الاحوال الحديثة عند فعل الصفات التشريحية والغالب أن يكون منه قسا ويسهل توجيه ذلك متى علمنا انه يعسر انقذاف الدم من محل انسكابه بحيث انه اذا عاش المريض زمنا طويلا بعد حصول التزيف فان الجزء السائل من الدم يتصلب والقابل للانقذاف يبقى فان الدم يمكن انقذافه من الشعب بسهولة بواسطة حركة السعال والانقباضات العضلية للشعب وحركتها الخلفية وأما الخلايا الرئوية فلا يمكنها أن تستقرعه بالكلية بواسطة حركة الرئة القوية حيث انها لا تحتوي على الياف عضلية ولا خلل بشري هدي

والسدد الدموي التي تصاحب أمراض القلب تكون على هيئة نويات من حجم القندقة الى هيئة الباجة ذات لون أحمقر أحمر أو أسود محضاً وتكون خالية عن الهواء اى راسبة بحيث يحبس بها من الظاهر على هيئة عقد صلبة وعند شقها يظهر لها هيئة حبيبية غليظة غير متجانسة وبواسطة المشرط يمكن كشطها مة مصفرة أو مسودة وجوهر الرئة في محيط هذه النويات الواضحة الحديد يكون كثير الدم أو اذعيابا بواسطة الاحتقان المتواردي ومجلس هذه النويات يكون غالبا اما في مركز الرئتين والخصيص السفليين او بقرب جدار الرئتين ويندر أن يكون في دائرة الرئتين وعند البحث بالماكرسكوب توجد الخلايا الرئوية مملئة بكرات دموية وزيادة على ذلك فانه

يوجد خارجا عن هذه الخلايا كرات دموية متجمعة هي جوهر هذا العضو  
ثم ان تأخر موت المريض صار لون السدد باهتا مصفرا ويعتري المادة اللبنيية  
استحالة ضخمة ويحصل لبعض المواد اللبنيية تحلل والبعض الآخر يتشتر  
في الاجزاء المجاورة وفي الادوار الاخيرة تقتصر هذه المادة اللبنيية المتشعبة  
ويستحيل جرم من المادة الملونة للدم الى ما قد تمسوده قيسي أثر السدد الدموية  
على هيئة اصفار مسودة مندججة

وفي الاحوال النادرة التي فيها يحصل الانتهاء بتكوين خراجات يمكن أن  
يتكيس الخراج فيتكاثف متصلا ويستحيل الى مادة جبنية طباشيرية واما  
انتهاء السدد الدموية بغنقر يتأثره الحدودة فتسكلم عليه في المبحث  
الثاني عشر

وقد ذكرنا فيما تقدم لاجل ايضاح كيفية حصول الانسكاب الدموي  
السددى الانتقال الى صفوحه وشكله الاسفيقي ومجلىه الدائري وأمالونه  
وقوامه وسهولة تمزق اسطحه شفه فمى كالسدد الدموية التابعة لامراض  
القلب والبص بالسكر سكوب بذلنا على ما ذكر وعند انتهاء هذه الانسكابات  
بكل من التهاب الرئوى أو الخراجات الرئوية الانتقالية يحصل ابتداء  
في مركز البورة تحلل وتغير في اللون فتتأ مسافات خالية مملئة بمادة مصفرة  
منكوتة من بقايا الجوهر الرئوى القاسد ومن بقايا الدم المسكوب ومشكلة  
على مواد لبنيية ولا تحتوي على كرات حديدية وعند صب الماء على سطح الشق  
تشاهد بقايا الجوهر الرئوى سابجة في هذه المسافات الخالية وعما قريب يمتد  
الفساد بحيث لا يكاد يشاهد في دائرة الخراج أثر من المواد المتدججة المحيطة به  
وان كان يجلس الخراج اسفل البايورات تكون فيها اتراكات لبنيية مصفرة بها  
تلتصق ويرقنا البليورا بحيث تظهر التويات تحتها على هيئة عقد مستديرة  
دملية كما قاله (روكنسكي)

### • (الاعراض والسير) •

ولتسكلم هناء على اعراض الانسكابات الدموية السددية التي تحصل في  
أمراض القلب والسدد الدموية الانتقالية كلا على حدة فان صفة المرضي  
تختلف في هذين الشكلين وان اتحد بالكلية بالنسبة للتغيرات التشريحية

لرئة الآن ينم ما فرقا عظيما بالنسبة للمرض الاصيل  
 في بعض الاحوال يكون طرق الانسكابات الدموية واضحا جدا متى انضم  
 لآفة عضوية من منه في القلب واعراضها واضحة بحيث يمكن تشخيصها مع  
 التاكيد وفي أحوال أخرى يتعسر أو يتعذر إثبات وجودها بالكلية وبمجموع  
 الاعراض الواصف الذي يحكم به على تكون انسكابات دموية سديدة أو عدة  
 منها في الرئة عند وجود امراض في القلب هو ضيق النفس الذي يحصل فجأة  
 ويرتق أحيانا إلى درجة الاختناق وينضم له سعال مصحوب بنفث مخصوص  
 مدمم وأحيانا أخرى تظهر علامات تكاثف الرئة تكاثفا محدودا وظواهر  
 الالتهاب الرئوى أو الالتهاب الرئوى عند تقدم سير هذا المرض وكون انسداد  
 فرع أو عدة فروع من الشريان الرئوى يؤدى إلى ضيق نفس شديد أمر واضح  
 فان فعل التنفس الطبيعى لا يتم بكيفية طبيعية الا متى حصل تجدد الهواء  
 في الشرايا الرئوية وتجدد الدم في الاوعية الشعرية الرئوية بكيفية  
 طبيعية أيضا فلا بد وان يحصل ضيق في النفس سواء امتنع دخول الهواء  
 أو الدم في جزء مخصوص من الرئة أى سواء كان المنسد فرعاً شعبياً أو فرعاً  
 عظيماً من الشريان الرئوى والنفث الذي يتدفق من السدد الدموية يشابه  
 بالكلية النفث الذي يشاهد في ذات الرئة (أى الالتهاب الرئوى) بسبب  
 امتزاج الدم بالمواد المخاطية امتزاجاً تاماً الا انه هنا يكون أقل لزوجة ويكاد  
 يكون على الدوام ذا لون قائم ويستقر خروج النفث زمناً طويلاً كثر من  
 في ذات الرئة ويربما استطالت مدته من ثمانية ايام إلى أربعة عشر وتكاثف  
 الجوهر الرئوى المحدود لا يمكن معرفته بواسطة أصمبة صوت القرع وتظهر  
 خرخرة فقاعية رفيعة وتفتح شعبي في جزء محدود من الصدر الا في الاحوال  
 التي توجد فيها سدد دموية عظيمة ممتدة إلى دائرة لرئة ومثل هذه الاحوال  
 وان شوهدت الا أنه نادرة وبالجملة فوجود ارتشاحات رئوية نهائية  
 أو انسكابات نهائية في تجويف البليورا بعد حصول ضيق النفس وخروج  
 النفث المدمم يؤيد تشخيص السدد الدموية فانه يعقبها غالباً التهابات  
 في الجوهر الرئوى المحيط بالتهابات ايضا في البليورا وهو الغالب  
 ثم انه ينضم للاعراض المذكورة المتعلقة بانسداد فرع شرياني أو جملة فروع

من الشريان الرئوي او بالتغريف الشعري الرئوي اعراض أخرى تتعلق  
 في بعض الاحوال بسدد القلب الايمن وتعتبر حينئذ اعراضا واسطوية للسدد  
 الدموية وهي عدم الانتظام الفجائي للنفس واتساع أصحية القلب فجأة  
 والزوال الفجائي للفظ مرضي كان فيه من قبل وهذا الاخير هو الواصف  
 والحدال بالغلب على المرض الذي نحن بصددده والذي يهني على توجيهه هذا  
 العرض مشاهدات الطبيب (جرهارد) وتأيد ذلك عندي بالتجارب والهيئة  
 المرضية للسدد الدموية تصير أكثر اتساعا متى انضمت الظواهر المرضية  
 المذكورة أخيرا الى الاعراض الاواسطوية للسدد الدموية لكن حيث أن  
 السدد السيارة يمكن انفصالها من سدد ذاتية قلبية صغيرة لتحدث  
 ظواهر مرضية مشخصة فتسج مع الدم ينفي للطبيب تشخيص الانسكابات  
 السدوية الدموية الرئوية مع التأكد ولو فقدت اعراض السدد الذاتية  
 القلبية أعني ولو بقي النبض منتظما ولم تصر أصحية القلب عريضة واستقرت  
 الاعطاء المرضية وذلك حتى ظهرت علامات واضحة من اضطراب الدورة  
 وتزيف شعري في الرئة في أثناء سير مرض القلب ثم ان تأملا الى كون الدم  
 المنسكب في الخلايا الرئوية في أحوال الانسكابات الدموية السدوية من الرئة  
 لا يتخذ بالسهال الواصف الى الخارج وانه في أثناء سير أمراض القلب  
 تحصل فوب ضيق نفس شديدة بكمية محتزنة وان السدد السكاكية في باطن  
 الرئة لا ينتج عنها دائما اعراض طبيعية انضغ ثابته مولة كون هذا المرض  
 لذى تشخيصه في أحوال كثيرة ليس فيه أدنى صعوبة لا يمكن معرفته ولا  
 لظن بوجوده في الاحوال التي تكون فيها المرضي قصير النفس ومصابين  
 بالاستسقاءات او في حالة غير مطابقة وينبغي معرفة كونه قد يوجد في جنبه  
 انما الكيف بأمراض في القلب انسكابات سدوية دموية رئوية بدون أن كان  
 يظن بوجودها مدة الحياة

ثم انه يكاد يصل على الدوام في الدورة مع السدد السيارة جزئيات سائلة من  
 مخصلات النخاع أو تقرحية فان نشأ عن الاولى سدد دموية انتقالية فشا  
 عن الثانية ظواهر مرضية تسمية دموية صديدية (وسيفسكيا) اي تسمية  
 تعفيفية) دموية تصطب بجمي شديدة وقشعريرة متكررة والتهابات  
 تعفيفية في الأغشية المحاطية وغير ذلك وبما ذكر ينضح كون أغلب المرضى

المصابين بسدد دموية انتقالية وثوية في حالة انحطاط عظيم في الجسم  
واضطراب في القوى العقلية بتأثير الحى الضعيفة الشديدة وكونهم  
لا يشكون بأعراض من جهة الصدر ولا بسعال وعند كثير من المرضى لا تفتقد  
الطواهر المحسوسة فقط للمريض بل تفتقد أيضا أعراض المرض الرئوى  
المدرسة للطبيب بل من القاعدة العمومية انه عند فتح جثث الأشخاص  
الهالكين بالانيميا أو السبكيما في أثناء تفقيص أو تقرحات دائرية توجد  
دائما سدادة انتقالية في الرئة والحالة السائدة في السدد الرئوية الانتقالية  
سهلة الادراك متى تأملنا للاعراض التى يبنى عليها تشخيص الانسكابات  
الدموية السدوية عند وجود أمراض في القلب فسيق النقص العظيم الذى  
يشأ في تلك الانسكابات عن انسداد فروع عظيمة من الشريان الرئوى ينعدم  
في السدد الانتقالية التى لا تفتقد فيها الافروع صغيرة جدا والدرجة الخفيفة  
من ضيق النفس فيها لا يتركها المريض المصاب وكذا ينعدم كل من النفث  
الدموى الواصف فان المرضى لا يكون عندهم سعال فضلا عن النفث وبالجملة  
فان السدد الانتقالية لا تؤدى مطلقا الى أصمية محدودة في صوت القرع  
ولو كان مجاسدا اثره الرئة بسبب قلة امتدادها ولا الى نفث شعبي ويندر  
أن تشمكى المرضى في بعض أحوال السدد الانتقالية بالآلام ناعسة في صفر  
محدود من الصدر وان تفتقد نفثا أحمر مسمراماتعا وزيادة على ذلك لو سمع في  
الصفر المؤلم غط احتكاكى وكان المرض الاصلى من الامراض التى تؤدى  
بحسب التجارب الى سدادة انتقالية في الرئة بكثرة كجروح الرأس الواصلة الى  
الطبقة الاسفنجية جاز تشخيص السدد رئوية انتقالية مع التأكيد ومع ذلك  
فالذى اجزم به ان مثل هذه من الاحوال النادرة

### • (المعالجة) •

معالجة الانسكابات الدموية السدوية الرئوية لا تكون الاعرضية وينبغى  
الاستمرار من اعتبار ضيق النفس في الانسكابات المصاحبة لامراض  
القلب عرضا من الاحتقان الرئوى الشديد فمن المعلوم انه ينشأ عن أنيميا  
بعض أجزاء الرئة والقصد غير الضرورى وبما يسرع في الانتهاء المهزى لكونه  
يزيد في هبوطها أو أنيمياها وانما في الاحوال التى فيها انسداد أحد الفروع



الشعر يائنة من الشريان الرئوي يوتى لاحتقان تقمعي جائي في بعض أجزاء  
الرئة أو اذ يمتد مسمية بجائية فيها ويكون ضيق النفس ناشئا عنهما  
يسوغ فعل استقرار دموى مع الاحتراس بالمهاجم القشري طبية أو القصد  
والاوى الاقتصار على اعطاء المريض المنبهات من الباطن حتى يقوى النبض  
الضعيف وترجع حرارة الجلد ثانيا واستعمال اللبج الخردلية على الاطراف  
او الحمامات الفاترة الباردة والقدمية ومن النادر ان يكون النفث الدموى  
غزيرا جدا بحيث يحتاج الى استعمال الوسايط الموقفة له التي ذكرناها الى  
المبحث السابق وكل من الالتهاب الرئوي والبلبوراوى الذي لا يندران بطراً  
فيما بعد يستدعى استعمال الاستقرائات الدموية الموضعية والتبريد  
وغيرهما من الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب

#### \*(المبحث الثامن)\*

(في التزيف الرئوي المصوب بتزق في جوهر الرئة المعروف بالسكتة الرئوية)

#### \*(كيفية الظهور والاسباب)\*

هذا الشكل من التزيف الرئوي يحدث تمسكاً في جوهر هذا العضو ينتج  
عنه تجويف عارضى فيه وحصول ذلك دائماً ينتج من تمزق او عيبه غليظه  
او تاكلها سيما الاوعية الشعر يائنة ولا يكاد يحصل من تمزق او عيبه شعرية  
ويندر حصول هذه الآفة من الاستحالة المجئية في الشريان الرئوي وتمزق  
اورامه الاينوريوماوية والغالب حصول السكتة الرئوية من جروح الصدر  
النافذة او الاوتجاج الرئوي او الرضى الشديد الواقع على الصدر

#### \*(الصفات القشرية)\*

يشاهد في الرئة بورات مملئة بدم سائل منه قد يحاطة باهداب قرزقة من  
جوهر الرئة واذا كان مجلس السكتة الرئوية دائرة هذا العضو أمكن تمزق  
البلبورا وانسكاب الدم في تجويفها وعادة هذا النوع ان يكون قاتلاً بحيث  
لا يوجد عندنا الاقليل في المشاهدات لاتتمام هذه البورات السكتية  
لرئوية

#### \*(الاعراض والسير)\*

اعراض هذا النوع تقتصر في النفث الدموى الذي يخرج بقوة عظيمة جدا

يحيث يؤدي الى الهلاك في اقرب وقت ويكون حصول ذلك عقب جرح عظيم في الصدر يحصل الموت أحيانا بالاختناق بسبب امتلاء الشعب بالدم وأحيانا يحصل الموت عقب التعريف الباطني وجميع هذه الاعراض ليس للصناعة فيه مدخل ولا ادنى تأثير

### \* (في الالتهاب الرئوي) \* (المسمى قديما بذات الرئة)

ينقسم الالتهاب الرئوي الى ثلاثة اشكال الاول الالتهاب الرئوي اللين وهو عبارة عن تغير مرضي يحصل في الخلايا الرئوية مشابه لما يحصل في الغشاء المخاطي الخنجري عند اصابته بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب الثاني الالتهاب الرئوي التزني ووصافه كوصاف التغير المرضي الذي يميناء بالالتهاب الخنجري والسحبي التزليين وفي سيرة بشاهد ازيد في الاقراز وتكون الخلايا الجديدة (اعني الجسيمات الصديقية) بدون ان يوجد مع ذلك نضج قابل للانقذاف في الخلايا الرئوية فكل من شكل هذا الالتهاب يحصل نضجه المرضي على السطح السائب من الخلايا الرئوية بدون ان يكاد تنفس المسجج الرئوي تغيرات مرضية غذائية الثالث الالتهاب الرئوي الخلاق وهو عبارة عن التهاب جسد الخلايا الرئوية والمتسوج الخلاوي الكائن بين فصيصات الرئة وحيث ان هذا الاخير يكون دائما في النوع الانساني مزمننا سمي بالالتهاب الرئوي المزمن

### \* (المبحث التاسع) \*

#### \* (في الالتهاب الرئوي اللين) \*

#### \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

يقال في كيفية ظهور الالتهاب الرئوي اللين ما قيل في المبحث الثاني من الفصل الاول من الكلام على التغيرات الالتهامية اللينة والفرق بين الالتهابات الدفعية فانه في هذا الالتهاب يحصل تراكم نضج الكثير اللينة السريعة الانقذاف على السطح السائب من الخلايا الرئوية ويشتمل في باطنه على الخلايا البشرية الطبيعية من الحويصلات الرئوية والاخاوية الجديدة التي تكون في هذا المرض وفي هذا الشكل يعود الغشاء المخاطي بسرعة الى حالته الطبيعية عقب انفصال النضج اللين المرضي

ثم ان هذا الالتهاب الرئوى قد ينشأ أحيانا عن تأثير بعض الامراض  
 السممية الحادة ويكون اذ ذلك تشبها بالالتهاب النزلى في المسالك الهوائية  
 التي تظهر من جملته اعراض الحصبه والتيفوس العففى ونحو ذلك ويكون  
 هذا النوع من الالتهاب أكثر ما يشأ عن الامراض السممية الحادة لاسيما  
 التيفوس فالأوفق تسميته بالالتهاب الرئوى الثانوى وتميزه عن الالتهابات  
 الرئوية الأولية الذاتية اى غير المتعلقة بغيرها من الامراض العمومية ومع  
 ذلك فلا يسوغ تسمية كل نوع من الالتهابات الرئوية التي تصاحب بعض  
 الامراض المزمنة وتضاعفها بالالتهابات الرئوية الثانوية

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب الرئوى الاولى اللىنى يوجد في جميع  
 أطوار الحياة حتى في سن الكهولة لكن يندر وجوده في سن الرضاة  
 وفي السنين الاول من الحياة والرجال أكثر اصابة به من النساء لكن  
 لا تختص كثرة الاصابة به بل باقرباء البنية الكثيرة الدم الان ضعفاءها  
 الناقهين من امراض ثقيلة او من أصيب به من قبل أكثر عرضة للاصابة به  
 وكثيرا ما يضاعف الالتهاب الرئوى بعض الامراض المزمنة التي تفتح عنها  
 فقر الدم والتخافق والنهوك فان كثيرا من المرضى الماكثين بالمستشفيات  
 بامراض ثقيلة أخرى يملكون بالتهاب رئوى يطرأ عليهم

وكثيرا ما تكون الاسباب الممتدة لهذا المرض منهمة علينا كانه  
 كثيرا ما يشاهد الالتهاب الرئوى متسلطنا منتشرا في اثناء تسلطن الالتهاب  
 الحفصرى ذى الغشاء الكاذب والروما تزم الحاد والحمة الجلدية وغيرها من  
 الآفات الالتهابية بدون تعرض الأشخاص المصابين به لاسباب مرضية  
 مدركة وتسلطن هذه الامراض الالتهابية الناتجة عن مؤثرات جوية  
 أو مرضية غير معلومة يعبر عنه بتسلطن ما يسمى بالبنية المرضية الالتهابية  
 وبالمخصوص يشاهد هذا التسلطن الوباقي في اثناء الشتاء الصعب البرودة  
 المستطيل المتسلطن فيه الارباح الشمالية ومع ذلك فكثيرا ما يتسلطن  
 هذا الالتهاب في الاحوال الجوية المغيرة لذلك ويظهر أن التقاويم الطبية  
 التي كادت تثبت تسلطن الالتهابات المذكورة في البلاد الشمالية والبقاع  
 المرتفعة وقع الشك في حقيقتها في العصر الأخير

ومما يعد من الاسباب المهمة للالتهاب المذكور المهيجات اللاواسطية التي  
تصيب الرئة كالهواء البارد جدا والحر كذلك والاجسام الغريبة التي تنفذ  
في المسالك الهوائية وتسبب بعض الفروع الشعبية وكسر الاضلاع وجروح  
الصدر ومع ذلك ففي كل تحسين حالة من الالتهاب المذكور لا يكاد يوجد واحد  
من هذه الاسباب فيها **كما ان الالتهاب الرئوي اليني** يتولد وجوده حول  
لتولدات الجديدة المرضية الرئوية والسدد الدموية الرئوية

وأما تأثير البرد واحداً للالتهاب الرئوي فذلك لا يمكن اثباته في الاحوال  
الراهنه غالباً فانه على الدوام لا يعلم ان كان تأثير برد من نوع مضرحه اخلاف  
الذي يتعرض له المريض دائماً بغير ضرر سبق حصول الالتهاب الرئوي ام لا  
ولذا اضطربت الاقوال في تأخير البرد واحداً للالتهاب الرئوي المذكور  
(الصفات التشريحية)

بكاذا للالتهاب الرئوي اليني يصيب على الدوام جزءاً عظيماً من الرئة ويشفى  
في الغالب من جذع الرئة ثم يند إلى قصها السفلى ثم فيما بعد إلى العلوى وقد  
تصاب احدى الرئتين بقلها أو يمتد التغير الالتهابي إلى الأخرى ويختلف  
امتداد هذا الالتهاب في الشيوخ والمنهوكين فتصاب منهم أولاً القصص  
العلوية ثم يمتد الالتهاب فيما بعد إلى السفلى

ولهذا الالتهاب الرئوي ثلاثة ادوار تشريحية الاول دور الاحتقان الدموي  
الثاني دور التكبد الثالث دور الارتشاح النقيضي

ففي الاول يظهر جوهر الرئة أجرداً كالأومع رائق الامتكاث فاقد المرونة  
وبالضغط عليه بالأصبع يبقى فيه انبعاج وعند شق الجزء الملتب لا تظهر  
الفرقة المخصوصة الا قليلاً ويسيل منه سائل عكر أومع لزج

وفي الدور الثاني يفقد الهواء من الخلايا الرئوية بالكلية وتكون ممتلئة  
بسدد صغيرة من مواد ليفية منعقدة ملونة باللون الأحمر بسبب اختلاطها  
بالدم ومثل هذا النضج يحصل أيضاً في التهابات الفروع الشعبية وتكون الرئة  
في هذا الدور ثقيلة بحيث ترسب في الماء ولا يجمع عند شقها الفرقة  
المخصوصة وتكون ممتلئة بالانها رخوة مهلهل القزق وسطح الشق يظهر  
هيئة حبيبية عند سقوط الضوء عليه بانحراف ويكثر وضوح هذه الهيئة

إذا كانت الخلايا الرئوية ممتعة بخلافة في الاطفال ذوات خلايا الرئوية  
فلا يكثر وضوحها ولا يتيسر نزاع هذه التغيرات أعنى السداد اللبنة عند  
كتفها بعد المشروط بل تكون المتصلة التصاقاً متيناً يجودر الخلايا الرئوية  
وكل من هيئة الجوهر الرئوي الحبيبية وكثافته وسهولة تمزقه ولونه المحمر  
يكسب سطح الشق هيئة شبيهة بجوهر الكبد ولذا سميت هذه الحالة بالتكبد  
الاحمر وقد يكتب هيئة مرمرية أو صوانية بسبب وجود المادة الملونة  
وتراكمها فيه وبسبب اللون لميض اقوهرات الشعب والوعية المنقطعة  
وعند تقدم هذا الدور يتناقص اللون الاحمر من الرئة المتكبدة ثانياً إما  
بسبب زوال الاحتقان أو المادة الملونة للدم بحيث تكسب الرئة لوناً سنجانياً  
أو مصفرامع بقاء جوهرها على حالته المتكاثفة الحبيبية (وهذا ما يسمى  
بالتكبد السنجاني أو الاصفر) وبالحث بالمكسر سكوب عن الرئة المتكبدة  
يتضح في الخلايا الرئوية زيادة عن المادة العديمة الشكل لمادة لينة منعقدة  
مكونة لشبكة رقيقة وتكون أخلية جديدة بكثرة آتية في الظاهر من الأخلية  
البشرية المغطية لباطن الخلايا الرئوية ومتى حصل التحليل في هذا الدور  
اعتدى كل من المواد اللينة المنعقدة والأخلية الجديدة المتشعبة استئصالها  
نهيية وتحلل بدون أن تتكون مع ذلك كمية عظيمة من أخلية جديدة  
كما يحصل ذلك في دور الارشاح الصديدي وينضغ من جدار الخلايا الرئوية  
مادة مصلبة زلالية فيحصل منحصل الخلايا الرئوية ويستعمل الى مادة شبيهة  
بالمستحلب وهذه المادة بعضها ينقذف بالفت وبعضها يمتص وفي الالتهابات  
الرئوية التي فيها يكون النضغ قليل اللينة والانعقاد يظهر بعض تنوع  
في هذه الصفات التشريرية المذكورة فيكون الصفرة المتكبد دخوا و سطح  
الشق أملس بدون اقضاح التجب وهذا الشكل يشاهد بكثرة في الالتهابات  
الرئوية الثانوية التي تحصل مدسة سير السيفوس وفي الالتهابات الرئوية  
في الشيخوخ

وأما الدور الثالث أي دور الارشاح التقيضي فتصل الالتهاب الرئوي اليه  
يشاهد ازدياد تكون الخلايا الجديدة مع انحلال المواد اللينة المنعقدة  
بالكيفية التي ذكرناها فنزل التغيرات و سطح الشق يكون لونه سنجانياً باهتاً

او مصفرا ويسيل منه قيح سنجابي محمر كثيف يستخرج بسهولة عند الضغط على  
جواهر الرئة ومنسوج هذا العضو يكون هشاً بالكيفية يسهل تمزقه بأدنى  
ضغط بالامبع ومع هذا الجوهر الرئة الدقيق لا يتغير فانه لا يحصل منه أدنى  
تلاش (وهذا خلاف ما يحصل في انخرجات الرئوية) وفي هذا الدور يمكن  
حصول الشفاء التام اما عقب انقضاء فمحصل الخلايا الرئوية المتقيح مع  
النفت أو امتصاصه عقب استعماله الى الحالة الطبيعية

ومن انتهاآت الالتهاب الرئوي النادرة الانتهاء بتكون خراج رئوي فان  
شكل الالتهاب الرئوي اللينى الخض الذي نحن بصدده لا يشأ عنه فساد في  
المنسوج المصطب له وحينئذ تبقى تكون الخراج في الرئة وحصل فساد في  
جواهرها قرب شكل الالتهاب الرئوي من الشكل الدقيق بحيث ان جوهر  
الرئة نفسه يرتشح ويتسكرب بسبب ضغط النضج اللينى عليه وهذه الكيفية  
تكون تجاويف صغيرة يتجمع فيها القيح مع جزيئات الجواهر الرئوي المتكسبة  
وهذه التجاويف يتكرر عددها أو يقل و باختلاطها ببعضها تتسع البورات  
الصديدية و باختلاط هذه البورات ببعضها تتكون خراجات عظيمة شاغلة  
اعظم الرئة وهذه الخراجات العظيمة تم لك المريض اما بتقدم السيل الرئوي  
التقرحي أو بانفجارها في تجويف البلعور و ذلك ما روي في أحوال أخرى  
يتكون حول هذه الخراجات التهاب رئوي خلوي ندي فتتكون كيس هذه  
الخراجات بواسطة منسوج ندي منديج ويصير سطحه الماطن أملس وعند بقاء  
استطراق هذه الخراجات بالشعب يخرج الصديد من منافزنا الا أنه يتكون  
بذلك قيح جديد يتقر من باطن الكيس وعند انسداد هذا التجويف وانطباقه  
يحصل تكاثف في القيح ويستحيل الى عجينة جنية أو مادة كلسية عقب زوال  
الجواهر العضوية منه ويصير محاطاً بنسوج ندي

ومن انتهاآت الالتهاب الرئوي الاندز من السابق الانتهاء بالغقر بنا  
لمنتشرة والظاهر انه لا يحصل الا عند انقطاع ورود الدم الى الاجزاء الملتزمة  
الكلية عقب حصول تعقيدات ليفية متمسدة في تفرعات الشرايين الشعبية  
التي بها تتم تغذية الرئة وبذلك يمكن استعمال الالتهاب الرئوي في دور التكبد  
الاحمر الى الغقرية الرئوية واستعماله النضج الالتهابي الى سائل صديدي

سبحاني والجواهر الرئوي الى مادة جينية مسودة (راجع المبحث الثاني عشر)  
ومن الانتماءات الاكثر ما تقدم انتهاء الالتهاب الرئوي بالارتشاح الجيني أو  
كما يقال ولو خطأ بالارتشاح الدرني وذلك انه متى كابد النضج البقي في الخلايا  
الرئوية في الدور الثاني أو الثالث من الالتهاب الرئوي استجمالة شخصية هو  
والاخلية الجديدة التي علا الخلايا الرئوية ولم تنقرز من جذرها مادة مصلية  
كافية لقله وروود الدم الى الخلايا المذكورة بسبب ما فان هذه المادة الشخصية  
يجف قبل ان تحلل فتستحيل الى مادة جينية مفعرة كثيرة الجفاف او قليته  
وستكلم فيما سياتي على التغيرات التي تكادها أجزاء الرئة المرتشحة  
ارتشاحا جينيا ونذكر انما في غفيل هذه الاستجمالة بالخصيمات الدرية  
الحقيقية واطلاق لفظ واحد عليهما

ومما بعد من الانتماءات النادرة في الالتهاب الرئوي المستطيل المدة الانتماء  
بالتيسيس المعروف بسيروز الرئة وهذا الانتماء ينشأ عن اشتراك جذر الخلايا  
الرئوية والمنسوج الخلوي بينها في الالتهاب عند استطالة نضجته ونمو جواهر  
خلوي محلها ونشرح هذا الانتماء مفصلا في المبحث الحادي عشر

ثم ان أجزاء الرئة غير المصابة بالالتهاب تكون كاذرا مجلسا لاحتقان شديد  
وفي كثير من الاحوال تكون اصابة هذه الاجزاء بالاوزيميا هي السبب في  
الهلاك وعند امتداد الالتهاب الى دائرة الرئة تشتت البلورامعها في  
الاصابة فتكون مجلسا لاحتقان وعائي رقيق متشجرا أو بقع كدمية وتنفذ  
شفايتها وتسترخي وتمغطي بطبقة خفيفة من مواد ليفية وتوجد التجاويف  
اليمني من القلب غالبا مملئة بالدم بسبب عروق استقراغها منها وأما  
التجاويف اليسرى منه فتكون فارغة لقله وروود الدم اليها وبهذه الاسباب  
يحصل امتلاء دموي عظيم في الاوردة الودجية والجيوب الدماغية والكبد  
والكلتين ويكون الدم ذا صفات مخصوصة فان معظم الدم الكائن في  
الاوعية الغليظة لا يكون سائلا بل منعقدا أو مستحلبا الى مواد صلبة  
مفعرة وكذا يوجد في القلب تعقدات ليفية متشبهة تشبها متينا بالاعدة  
اللحمية في القلب وصحاماته وكذا يوجد في جميع الشرايين تعقدات ليفية  
مستطيلة بوليوسمية صلبة مقاسكة

### • (الاعراض والسير) •

أما أعراض الالتهاب الرئوي التآبى فسنذكرها عند الكلام على السيفوس حيث أنه لا يمكن شرح الالتهاب الرئوي التآبى على أفراد بدون شرح أعراض المرض الأصلي تفصيلا

وأما الالتهاب الرئوي الأولي فيكاد يكون ابتداءً على الدوام قشعريرة شديدة تمتد نصف ساعة أو ساعة ثم يعقبها الاحساس بالحرارة ومن المعلوم أن الاحساس بالبرودة عرض محمول للمريض فقط فإن درجة الحرارة ترتفع مدة دور القشعريرة ارتفاعاً واضحاً بقياس الترمومتر ثم إن هذه القشعريرة في هذا المرض هي من حيث التشخيص والحكم على العاقبة فالتأنيدها قشعريرة انتباهي شدة قشعريرة هذا المرض الأولى الحيات المتقطعة وتسمم الدم العفن ونوب القشعريرة تتكرر مرات في هذين المرضين بخلاف دور القشعريرة الذي يتدبى به الالتهاب الرئوي فلا يحصل الأمرة واحدة غالباً مدة سير هذا المرض ولذا تعد أيام المرض من حصول القشعريرة ولا يندران يشاهد في الاطفال بدلا عن القشعريرة نوبة تشنج وقد ينضم إلى ارتفاع درجة الحرارة التي يندران ترتفع من ٣٩ إلى ٤٠ مشبهة في اليوم الأولى بمرحلة النبض وازدياد العطش وحرارة الوجه والتشكي بالآلام في الرأس والظهر والجمز وتكسر الأطراف والمخاطات عظيم في القوى وضعف في العضلات ويتغطى اللسان وتفقدا الشهية وزجما حصل في موحث لا يندران هذه الأعراض تسبق الطواهر الموضعية يوم أو اثنين جاز أن تنسب إلى تزايد المادة الليفية في الدم حتى إن بعضهم بالغ في ذلك وزعم أن الالتهاب الرئوي يعتبر ظاهرة تجمرية وإن الاضطرابات السابقة التي ذكرناها لا تزول الا عقب استبعاد المادة الليفية الزائدة في الدم وتجمعهما في الترسين ومن المعلوم أن جميع هذه الطواهر متعلقة بالحصى فتوجد في جميع الأمراض الحمية أما كثيرة الوضوح أو قليلته سواء كانت المادة الليفية من الدم متزايدة أو متناقصة أو على حالتها الطبيعية ولادعى إلى بيان أن كل حصى ينتج عنها تغير في الدم بسبب ارتفاع حركة التحليل العنصري وزيادة احتراقه بحيث إن محصلات التبادل العنصري تختلط مع الدم بكمية عظيمة في كل حركة جمية



وبسوء التغذية اللينى وارتفاع درجة حرارة الدم ووجهه بهيولة تفسير تغذية  
الاعضاء واضطراب وظائفها في الأمراض الحمية وهذا هو الاضطراب العام  
الحى

ثم ان الحى والاضطرابات العامة وان شوهدت قبل اعراض الاضطرابات  
الغذائية التى تكايد بها الرئة الآن ذلك يشاهد بكثرة في غير هذا المرض من  
الامراض النزلية الحمية ونحوها من الالتهابات المعصوية بحركة حمية وفي مثل  
هذه الاحوال يدعونا القول بأن الاضطرابات الغذائية الالتهابية ابتدأت  
قبل الحى وانما امكنت كامنة منطوية ولم تتضح بالآلام والسعال وعسر  
النفس وفي أحوال أخرى تعقب حالا اعراض اضطراب وظائف الرئتين  
القشعريرة الابتدائية أو تظهر معها في آن واحد

ومن هذه الاعراض عسر التنفس وهو عرض ملازم للالتهاب الرئوى فان  
حركة تواتر النفس الاعتيادية التى تبلغ في الشبان من ١٢ : ١٦ : ٢٠  
في الدقيقة الواحدة ترتفع عند المصابين بالالتهاب الرئوى من ٤٠ الى ٥٠  
في الدقيقة الواحدة ويكون في الاطفال أكثر سرعة من ذلك وبهذا تكون  
مدة التنفس أقصر من الحالة الطبيعية ويكون التنفس سطحي بحيث يتقطع  
مدة الكلام ولولا هذا لعمى ان التكلم يصير منقطعاً وحيث ان الشهيق يحصل  
بسرعة مع الضجر يشاهد انقباض العضلات الرافعة للثنايا الا ان مدة  
كل شهيق فيرتفع جناجا الاتف ويظهر اضطراب حركاتها ثم ان قصر النفس  
أو عسره يشاعن بجدلة أمور منها أنه يحصل في متسع سطح التنفس تناقص  
بحصول التضيق في الحدايا الرئوية وامتناع دخول الهواء فيها ومنها ان  
الاجزاء الرئوية غير المتبهة تكون مجلسا لاحتقان دموى تغمى جاي  
فتنتفخ جدر خلاياها ويصغر حجمها ومنها ان المرضى تنفس نفثا سطحي  
عادة فانهم ينفس بالعمق عند كل حركة شهيق عميقة ومنها وهو المهم زيادة  
الاحتياج لسرعة التنفس مع وجود هذه العوائق فانه في أثناء كل حى  
وازدىاد الاحتراق العضوى يحترق كثير من الاوكسجين ويتراكم في الجسم  
كثير من حمض الكربون وينضغ انه بتناقص الحركة الحمية يكاد يزول قصر  
التنفس بالكلية ولومع بقا عوائق التنفس المذكورة

ومن اعراض الالتهاب الرئوى ألم الجنب وهو عرض ملازم غالباً لهذا المرض بحيث لا يسارقه الا قليلاً وفي غالب الاحوال يحس به المرضى في المحال الملامسة فيها أجواء الرئة المنتهية جذراً صدر وتارة تحس به في محال بعيدة عن ذلك وربما أحست به في الجهة المقابلة للجهة المریضة ولذا وقع الشك في كون ألم الجنب الرئوى لا ينشأ الا عن اشتعال البليوراقى الالتهاب فقط

وكل من التنفس العميق سيما الشهيق العنيف كالذى يصاحب السعال والعطاس يزيد هذا الألم ازدياداً عظيماً وكذا يزداد الضغط على الصدر وتزحج العضلات بين الاضلاع والمرضى تصف هذا الألم بكونه ناعساً مختلف الشدة ويندر استمراره بنسبة واحدة في الشدة بل يكون في الابتداء هو العرض المؤلم للمريض ثم يتناقص أو يزول بالكلية وفي الالتهاب الرئوى عند الشيوخ أو المنهوكين يظهر هذا العرض وقتاً بل قد لا يحس به اذا كان يجلس الالتهاب فيه الرئة أو نفسها العلوى وهذا الامر معرفته مهمة

ومما السعال الذى ينضم بسرعة الى الحى وقصر النفس وألم الجنب وهذا العرض يكاد لا يندم بالكلية الا في الاحوال المذكورة أخيراً أعني في الالتهابات الرئوية التى تصيب الشيوخ ونحوهم ويكون السعال في ابتدائه قصيراً رناناً ولمّا تمهاه المرضى وتجتهد في اطفائه وعند حصوله تنقبض وجوههم مع التام بحيث يمكن الاستدلال من مشاهدة هذه اطفال المصاب على انه مصاب بالتهاب شعبي أو رئوى يكاد يظهر في جميع الاحوال مع السعال النفث الخاص بالالتهاب الرئوى وهذا النفث عبارة عن السائل اللزج الشفاف الذى ينضج من الخلايا الرئوية مدة دور الاحتقان وهذا النفث يكاد يشغل على مواد دموية في جميع الاحوال فان النضج في هذا الالتهاب يكاد يصعبه على الدوام تغرق في الاوعية الشعرية وخروج الدم من أوعيته ولا يستثنى من ذلك الا الالتهاب الرئوى الشيوخى فان النضج لا يكون فيه دمواً غالباً كما ان التكبد الرئوى الشيوخى لا يكون ابتداءً أحمر بل سنجابياً أو أصفر ثم ان النفث الرئوى يكون في ابتداء هذا المرض لزجاً بقا بحيث يعسر انفصاله عن القم ولذا تمسحه المرضى بالمدبل ويلتصق بقاع الاناء المتصاقاً متيناً بحيث لو كفى الاناء لا ينفصل عنه والدم المحتوى

عليه هذا النفث يكون متميزا به جدا بخلاف امتزاج الدم بالنفث الشعبي  
 الخاطي ولون هذا النفث يختلف باختلاف الكمية المختلطة به من الدم  
 فيكون نارا أحمر قانيا أو نارة مدثيا ويندر أن يكون كالأجرو نارة أحمر  
 مسعرا وبالبحث بالمكروسكوب تشاهد فيه كرات دموية كثيرة تشمل معرفتها  
 بواسطة شكلها ولونها وتشاهد أيضا كمية قليلة من خلايا جديدة التكوين  
 وخلايا محتوية على مادة ملونة سودا فاشنة من الخلايا الرئوية وأما البحث  
 الكيميائي فيظهر في هذا النفث مادة لزالية تتعقد بإضافة قليل من حمض  
 الأزوتيك إليها ومادة مخاطية تتعقد بإضافة قليل من حمض الخليك  
 المخفف إليها فتسكون عنهما طبقة مخاطية على سطح مواد النفث المخففة ولا  
 يخرج مع النفث من الخلايا الرئوية سدد دقيقة إلا أنه في ابتداء الدور الثاني  
 للالتهاب الرئوي توجد مواد المنسوج لها في الظاهر إلا أنها عند علمها وتبعد  
 أجرامها عن بعضها والنظر إليها بالمكروسكوب تشاهد على هيئة بقع ذات  
 متفرعة بقرعات متوالية عبارة عن أشرطة ليفية رقيقة منطبعة في باطن  
 التقرعات الشعبية الرقيقة ثم انه مع انضاح مجموع أعراض الالتهاب الرئوي  
 في اليوم الثاني وظهور هائبه ومعرفة المرض حينئذ بالبحث الطبيعى معرفة  
 أكيدة تزداد شدة الحمى والاضطرابات العامة تبعالها

وهذه الحمى لا تكون مستمرة تبعا للتجارب الدقيقة للطبيب نوماً بل تكون  
 متقطعة أو قريبة من التردد ومعنى ذلك أن التقلبات التي تحصل في أثناء  
 الثورات والاضطرابات التي تتردد في كل يوم تكون إما عظيمة فتبلغ أربعة  
 خطوط من درجة أو درجة يقامها أو ما قبله وحينئذ فلا تزداد عن خطين أو  
 ثلاثة من درجة وأقل درجات الحرارة تكون وقت الصباح عادة وتبتدى  
 الثورات قبل الظهر وتصل إلى أشد درجاتها في المساء أو بعد الظهر وغاية  
 ارتفاعها في الأحوال الثقيلة من ٤١ إلى ٤١ و٥ خطوط من درجة  
 وفي غالب الأحوال يصير الانخفاض عظيمًا دائماً في الأيام السابقة على حلول  
 البخران وتزداد درجة الحرارة أحياناً قبل انقضاء الحمى مباشرة بحيث تصل  
 إلى درجة لم تكن وصلت لها من قبل

والبص الذي تبلغ سرعته عادة في الالتهابات الرئوية ذات الشدة المتوسطة

من ٩٠ إلى ١٢٠ ضربة في الدقيقة الواحدة يمكن ان تبلغ سرعته من ١٢٠ إلى ١٥٠ في الدقيقة أو أزيد في الاحوال الثقيلة بحسب ارتقاء درجة الحرارة ولا يتدرا أن يصير النبض صغيرا متوازلا ولو كان في ابتداء المرض معتلا صلبا وسبب هذه الظاهرة في بعض الاحوال هو أن قوة انقباضات القلب تتناقص بتأثير درجة حرارة الجسم المرتفعة الى درجة عظيمة وان ضعف انقباض القلب لا يكون له قدرة على قهر المقاومة التي يكادها سيلان الدم في الاورطي وبذلك لا يندفع الاقليل من الدم فتكون الموجة الدموية ضعيفة فيصير النبض صغيرا وهذا مطابق للنواميس العامة من ان النتيجة تكون على الدوام بنسبة القوة وبالعكس في التناسب مع عظم المقاومة وفي أحوال أخرى وهو الغالب لا يكون وصول كمية قليلة من الدم الى شرايين الدورة العظمية متعلقا بضعف انقباضات القلب بل من قلة امتلاء البطين الايسر وفراغه فانه يستداد الا لثاب الرئوي يحصل عوق عظيم في الدورة بسبب وقوف الدم في عدد عظيم من الادوية الشعرية وانضغاطها بحيث لا يصل الى البطين المذكور كمية كافية من الدم ولومع سرعة الدورة في الاجراء الرئوي السليمة

ويتضح مما سبق انه لا بد وأن ينضم لما تقدم جملة ظواهر ناتجة عن صعوبة سيلان الدم من البطين الايمن وعوق امتفراغ الدم الوريدي في القسم الايمن من القلب الممتلئ بالدم امتلاء عظيم فيظهر في الوجنتين احمرارا كئ أو قان وقد يظهر هذا الاجراء وهو الغالب في احدي الوجنتين فقط وذلك عسر التوجيه وقد يكون لون الوجنة والشفتين معا بنفسجيا أو مزرقا وهذا سهل التوجيه

والم الرأس الذي يصاحب من الابتداء هجوم هذا المرض يتزايد بتزايد الحمى مدة دور استبداده ومتى حصل امتلاء عظيم في المجموع الوريدي يزداد ارتفاع المرض في الشدة جدا ويكاد ينضم دائما لم الرأس ارق واضطراب النوم باحلام مفزعة بل ويحصل للاشخاص العصبيين هذيان خفيف وهذه الاعراض متعلقة بالحركة الجمية وعوق استمراغ الاوردة الخفية فلا يترتب على وجودها الحكم بوجود مرض نحي مضاعف للاثاب الرئوي

ويتغطى اللسان في هذا المرض بطبقة خفيفة مبيضة ويكون له ميل للجفاف  
وتفقد الشهية غالباً والعطش يشتد ويوجد امسال ولولم يكن هناك مضاعفة  
بمغير مرضى في أعضاء الهضم وجميع هذه الظواهر تكون تابعة للحمى ولذا  
يكاد توجد كذلك في جميع الامراض الحمية ويعبر توجيه فقد الشهية  
وربما توهم ان القصد ان يزيد في عناصر الجسم التي يحتاج اليها في ازدياد  
حرارته في أثناء ~~عمل~~ مرض حمى يزيد في الاحتياج الى تعويضها وازدياد  
في تعاطي الأطعمة ولا يوجد عندنا أدنى توجيه في عدم احساس المرضى  
بهذا الاحتياج وأما توجيه كل من تغطية اللسان الخفيفة بطبقة مبيضة  
وميله للجفاف وازدياد العطش وجفاف المواد البرازية فواضح للغاية بسبب  
ازدياد فقد السائل بواسطة الجلد الذي يؤدي لجفاف جميع التسربات  
وتناقص جميع الافرزات

ومن عواقب استقراغ دم الكبد يمكن أن يحدث اعتلاء أو عمية هذا العضو  
تعدد او اخفافه بل قد يحصل في بعض الاحوال عوق في استقراغ الصفراء  
من الخلايا الكبدية والقنوات الصفراوية فيظهر اليرقان وحيث ان الاوردة  
الكبدية تتصلب مع اقنوات الصفراوية فين الجائزان اعتلاء الاولى  
يحدث ضغطا على الثانية وعوقا في سيلان الصفراء فيؤدي ذلك لاحتباسها  
واعتصاصها لكن لا يظن حصول اليرقان بهذه الكيفية الا متى كان استقراغ  
الكبد عظيما جدا وكانت المرضى في حالة سيئة فوضعية واضعفة وفي الغالب تهلك  
الظواهر اليرقانية في أثناء سير التهاب الرئوى بالتهاب معدي رئوي اثنى  
عشرى واليرقان في هذه الحالة يكون شديدا جدا وفتح عنه تنوع في صورة  
المرض وقد يكون سبب التلون الصفراوي الحاصل في الدم أعنى تلاشيا  
في الكرات الدموية فيستحيل المادة الملونة لادم السائلة الى مادة مائنة  
للصفراء خارجا عن الكبد

ثم ان التهاب الرئوى والحى المصاحبة لهما تأثير عظيم في خواص البول  
ففي استطالت الحى تناقصت كمية الماء من البول بسبب ازدياد التجفيف الغير  
المحسوس فبصير البول مركزا ذا كثاقل الوزن النوعي وزيادة على ذلك فان  
البول يحتوي على كثير من التحصلات لازوتية فان المصابين بالتهابات

دموية المتغذين بأغذية خالصة عن الأزوت بالكلية يخرج منهم بول مختوم على كثير جدا من البواهر الأزوتية أكثر من بول الأشخاص المتغذين بالعلوم والبيض وغيرهما من الأطعمة الحيوانية فتدشوه في المصابين بالالتهابات الرئوية إفراز أو بعين جوامع البولينا في ظرف أربع وعشرين ساعة مع ان الكمية المنفردة من السليمين المتغذين بالأغذية السابقة لم تبلغ لثلاثة عشر أو أربعة عشر جوامع في ظرف المدة المذكورة وهذا يثبت أكيدا ويدل على ازدياد الاحتراق العنصري وحركة التحليل في الالتهابات الرئوية كما يتأكد ذلك من التناقص العظيم في وزن المرضى الذين برئوا من الالتهاب الرئوي ومقارنة البول المنفرد تعكس سرعة لرسوب الاملاح البولية فيه وينشأ هذا التعكس بالاكثور تركيز البول وقلة استوائه على كمية من الماء كافية لحل هذه الاملاح في درجة الحرارة المنخفضة وليس فاشعا عن ازدياد تكوينها في البول فان ندفة البول ولو خفيفة تكفي في اذابتها وزوال تعكس البول

ومع ازدياد البواهر الأزوتية في البول تنقص الاملاح غير الأزوتية فيه سيما الكالورات القلوية بل تنقص بالكلية عند ارتفاع المرض الى أشد درجة فاذا أضيف الى البول الحمض في هذه الحالة بعض قط من محلول أزوتات النضة لا يشاهد فيه التعكس الواضح كبول السليم الناتج عن كلودور الفضة ومن المعلوم ان معظم علم الطعام للبول ناتج عن تعاطي الأغذية المشبعة على هذا الملح بحيث يمكن توجيه هذه الظاهرة بالحجة عند الأشخاص المصابين بالالتهاب الرئوي لكن حيث ان الاملاح الكلورية لا تنقص في بول الحيوانات الهالكه من الجوع بالكلية ساغ لقول بأنه عند وجود هذه الظاهرة لا بد وأن الاملاح الكلورية المتحصلة من الاحتراق العنصري تتعزل مع النضج الرئوي من الدم

ثم ان كلام تركيز البول وازدياد البولينا فيه وتنقص الاملاح الكلورية وظهور المواد المرة للصفر افي البول ينتج ولا بد عن اختلاف في صفة امصاص الواسلة الى الكلية لتكوين لبول فيها وعكس ذلك يقال في ظهور المواد الزلابة في البول عند المصابين بالالتهابات الرئوية الثقيلة كما يشاهد

ذلك بكثرة وهذه الظاهرة تعلق في بعض الاحوال باحتباس الدم في الاوردة  
 الكلوية اذ من المعلوم أن ربط هذه الاوردة الكلوية في الحيوانات ينتج عنه  
 بول زلالى صناعى والبول الزلالى في أمراض القلب يكون ناشئاً ولا بد عن  
 احتقان الدم في المجموع الوريدى الكلوى وأما البول الزلالى في المصابين  
 بالتمابات رئوية ثقبية - له فلا يمكن نسبته لاحتباس الدم في المجموع الوريدى  
 المذكور الا اذا وجد مع ذلك اعراض أخرى من احتقان الدم الوريدى  
 البالغ الى أقصى الدرجات في الدورة العظمى وظواهر سياتوزية ذاتها خا  
 في الكبد ونحو ذلك وفي غالب الاحوال يكون سبب البول الزلالى في التهاب  
 الرئوى هو الاستحالة الجوهرية للكيتين كما سنوضح ذلك فيما سياتى وهى  
 عبارة عن تكثروا تفاع الطبقة البشرية الكلوية وتلاشيها العنصرى وهذه  
 الاستحالة الجوهرية للكيتين والبول الزلالى المتعلق به انما شاهد في أثناء سير  
 الامراض الحسية المختلفة وهى ولا بد ناتجة عن الارتقاء العظيم في درجة  
 حرارة الجسم أو سوء تقنية الحى وكلما كانت الحى شديدة كان وجود الزلال  
 في البول عند المصابين بالتمابات رئوية كثيراً ولولم توجد ظواهر احتباس  
 دموى وريدى في الدورة العظمى ثم ان وارتقاء المرض الذى شرحناه  
 فها قد تم لا يتقل الى دور الاخطا ما بالترتيب بل دفعة واحدة بحيث يكاد  
 لا يشاهد هذا الارتقاء السريع في غيره من الامراض  
 فانه بعلم معرفة التهاب الرئوى معرفة أكيدة بالعلامات الطبيعية في اليوم  
 الثالث أو الخامس أو السابع أو التاسع وهو التادروم معرفة درجة امتداده  
 وارتفاع درجة حرارته الى أربعة - يزمينية أو أكثر وبلغ النبض منبهة  
 في السرعة واشتداد سالة المريض وظهور اضطراب عنده عام وعمير التغمض  
 تقطع درجة الحرارة في ليلة واحدة المخطا اعظيما وكذا تقص سرعة  
 النبض وتحصل راحة تامة للمريض بل الاضطراب العام القابل ويتناقص  
 عن التغمض أو يزول بالاكبية ولا يشد رأى يصير كل من الحرارة والنبض  
 طبيعيا في ظرف ٢٤ ساعة أو ٣٤ ويتم المخطا المرض وينام المريض ويتطلب  
 الاكل ومن ثم يندى معظم المرضى في النقاهة وفي أثناءها كثير ما تقطع درجة  
 الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية وينقص النبض حتى يصل الى ٤٠ ضربة

في الحقيقة الواحدة بدون أن يكون المريض قد تعاطى ولو قدر فحة واحدة  
من الميجينا والنفث الذي يزول منه الدم نارية بالتدريج وتارة فجأة واحدة  
يصير غزيرا لكن لا تصل هذه الغزارة الى درجة بحيث تضطر الى القول بأن  
معظم النضج الاتهابي امتنع ولم يخرج منه بالنفث الا قليل وعند ما يفقد  
النفث الدم المحتوى عليه يفقد ايضا لزوجته وسفافته ويصير سهل  
الانفصال مصفرا ويمتد يدعى بالنفث التفتيح وتلون النفث بالصرة فشا  
عن اختلاطه بأخيلة جديدة يظهر فيها بعض أثر الاستمالة الشهمية أعنى  
فضلا عن احتوائه على كرات صديدية ونقطة دهنية يحترق على أخيلة شمعية  
وفيما بعد يكون فيه نويات أخيلة صديدية وكرات دهنية سائلة ثم إن  
الامتصاص وان كان يتبدى بمرحلة بعد تمام حصول النضج الاتهابي الا انه  
يمضى عليه بعض أسابيع حتى ينأى كد الطبيب من زوال النضج الاتهابي  
الرئوي يقامه بواطة القرع والتسمع وقد يحصل التحلل أحيانا بسرعة  
عظيمة جدا فان شروط امتصاص النضج الاتهابي جسيمة جدا لان كل جزء  
صغير منه محاط بشبكة وعائية مخصوصة فهي أجود من شروط امتصاص  
النضج البليوراوي الذي يحصل في سطح واحد وعائى شعري  
ومعظم الالتهابات الرئوية يسير بالكيفية التي ذكرناها عند الامتصاص  
السليمين من قبل ويندر وجود أمراض مثل الالتهابات الرئوية لها سير  
وأعراض ذات مشابهة تامة لها في الاحوال المختلفة ما عدا الأمراض  
التسممية الانتشارية ومع ذلك فالسير الدوي المنتظم لهذا المرض لم يعرف  
الا في العصر الأخير وسبب ذلك ان هذا المرض كان يعالج بمعالجة قاسية غير  
صائبة فيضطرب سيره اذ من المعاوم انه فيما تقدم عن قريب كان يعتبر من  
الخطا العظيم معالجة الالتهاب الرئوي بدون التصدرة بل بمجملة مرات  
(تنبيه) حول الخطا اعراض الالتهاب الرئوي في الايام الفرد كالسيوم  
الغمامس أو السابع أو الثالث وهو نادر جدا كما ذكره الاقدمون وهو ما  
بأيام الجعران وعنده كثير من المتأخرين ليس أمر امطر دابل فيحصل  
في الايام الزوج كالسادس والثامن الى آخره  
وفي بعض الاحوال لا يحصل الجعران في انتهاء الاسبوع الاول اذا أنه يحصل



المخطاط قصير يعقبه تقاقل بسرعة فيقتد المرض الى الاسبوع الثاني فيزداد امتداد النضج الاتهابي وترتقي درجة الحرارة الى أقصى الدرجات وتصل سرعة النبض الى ١٢٠ نبضة في الدقيقة الواحدة وكل من النضج الكثير الذي يصل الى ثلاثة ارطال تقريباً ( كما يعلم ذلك من مقارنة وزن الرئة سليمة بالربضة ) وارتفاع درجة الحرارة والتهوك التي تنتج عن تولدها المستمر يكسب الحالة العامة للمريض صفة الضعف فيصير النبض صغيراً وخوا غير منتظم غالباً والاعين كابية غائرة بسبب امتصاص الشحم وسائر المذوج الخاوي الكائن في الحجاج واللسان كذلك يصير جافاً مشققاً ويضطرب الدماغ ويهبط المريض ويصير قلقاً ويحصل عنده هذيان شديد بحيث لا يمكن تلبسته في القرائن يقال حينئذ ان المرض اكسب الحالة العصبية الضعيفة والمرضى في هذه الحالة قد ينغمى بالشفاء في اليوم الحادى عشر او السابع عشر ان لم يكن المريض وقع في الضعف بسبب الفساد وعدم معالجته معالجة صائبة الا ان النفاذه هنا مديطة

وتحصل ظواهر مشابهة لما تقدم عند انتقال التكبد الاحمر الى الارتشاح الصديدي الآن اعراض الضعف تظهر هنا بدون امتداد الالتهاب الرئوى فانه في هذه الحالة أيضاً تنشور الحى في اليوم الخامس او السابع ويصير النبض صغيراً متواتراً ويحذف الغشاء المخاطي القمى ويصير لزجاً ويهبط الصهنة ويحصل عند المريض هذيان أو أرق وترتفع درجة الحرارة جداً نحو المساء وقد تحصل نوب تشعيرة خفيفة ويصير النضج غزيراً مشتملاً على أخلية مكابدة للاستحالة الشحمية وبذلك يندفع لنا انه لا يمكن التمييز بين هاتين الحالتين الا بالقرع والسمع يعنى التمييز ثوران الالتهاب الرئوى وامتداده أو انتقاله من درجة التكبد الى الارتشاح الصديدي

ثم ان الالتهاب الرئوى متى أصاب الشيوخ أو الاطفال المنهكين من قبل فلا يتوقع الامر في حصول اعراض الضعف على امتداد الالتهاب الرئوى وبطء سيره أو انتقاله الى دور الارتشاح الصديدي بل ان هذه الاعراض تظهر بسرعة وتعمق حالاً الشعور بالابتدائية وهجوم المرض بحيث ان اضطراب وظائف الرئة تحتوى باعراض حى الضعف فمثل هؤلاء المرضى لا يتشكون

بالآلام مطلقا ويوجد عندهم سعال قليل وقد لا يوجد بالكليّة وكذا لا يشاهد  
فيهم النفث الخاص بالالتهاب الرئوي وسرعة التنفس تدب هنا الخمي ويقال  
ان المريض هلك بالسعال العصبي أو بالحمى المخاطية أو بالحمى المعديّة العصبية  
وذلك فيما اذا اعتز الطبيب من ارتكائه الى الصورة الظاهرة لحالة المريض  
التي تشابه في الحقيقة التيفوس لا الالتهاب الرئوي المصيب للشبان الاقويا.  
أول بحث البحث الجديد بواسطة القرع والتسمع

ل عند بعض الأشخاص الاقويا البنية السلميين من قبل قد تظهر بسرعة  
اعراض حمى الضمف وذلك في تضاعف الالتهاب الرئوي بحالة نزلية حادة في  
المعدة والمجي كما يحصل بكثرة ولا سيما في امتداد الالتهاب الرئوي الى القنوات  
الصقراوية ونج عنه احتباس في استقراغ الصقراوات وامتصاصها ومع ذلك  
في مثل هذه الاحوال كل من الالم والسعال و النفث الواصف لا يفقد كما  
في الالتهاب الرئوي الذي يعتري الشيوخ غير ان تغطية اللسان العظيمة وتوتر  
البطن واستفاحه والتي المستقر والتبرز المتكرر للمائي واللون اليرقاني للجلد  
والصليتين يعطى للمريض هيئة مخصوصة ويحدث عنده ضعف اعظما وفي  
مثل هذه الاحوال يكون النبض سر يعا جدامن الابتداء والحرارة هي تقيّة  
الى أعلى درجة وتشاهد بسرعة جميع اعراض الحمى الضمفية كالخفاف  
العظيم جدا في اللسان واضطراب المرا كز العصبية ونحو ذلك

وبالجملّة فان صفة الالتهاب الرئوي قد تتنوع بالكيفية السابق ذكرها في  
اعتري هذا المرض السكرارى وذلك كثيرا الحصول جدا ومع هذا فقد يوجد  
بعض خصوصيات ينبغي التفهيم عليها وذلك ان هذا المرض في الابتداء يلبس  
بصورة ارتعاش السكرارى لان ظواهر القوى العقلية المتنوعة تتوغل غير  
طبيعي تنضم انصاحا عظيما جدا بحيث لا يلتفت الى ظواهر الالتهاب الرئوي  
فان المرضى كثيرا ما لا يمكن هجرهم في الفراش برهة واحدة مع التكلم على  
الدوام ويكونون في حالة هذيان جنوني ويدعون انهم غير مرضى ويوجد عندهم  
الهوس والهذيان كالمذمنين على المشروبات الروحية الممنوعين من تعاطيها  
دفعه واحدة ويتضايقون رؤية ديدان وبعض حيوانات أخرى صغيرة ونحو ذلك  
ويطرحون غطاءهم على الدوام ويتصورون أن لهم قدرة على تعاطي اشغالهم

فصل في الطبيب في مثل هذه الاحوال انه ولولم يشترك المريض بالمرض ولا سعال أن  
يبحث عنه بالقرع والتدقيق مع غاية التأمل سيما في كان عنده اعراض حمية اذ  
كثير من الاشخاص مرضهم لذلك وهو مكتوف بارد ان قد يصح الجنون ظاهرا منه منشعب  
برداء ارتعاش السكرارى وأظهرت المصنعات انفسه يحمية أن به انتم ابارثويا وفي  
مثل هذه الاحوال تظهر كذلك ظواهر الضعف التي يراها هاسا بقا فالنقص  
يظهر صغيرا متواترا والجلد يتغطى بعرق غزير (وهذا دليل على شلل العضلات  
البلدية) ويسمع على الصدر الغاط تشابه الغاط الغليان (وهذا علامة على  
الشلل الابتدائي للعضلات الشعبية) وتملك المرضى باعراض الاختناق

وأما انتهاء الالتهاب الرئوى فكثيرا ما ذكرنا فيه - حصول الشفاء السريع  
جدا في الاحوال التي فيها يسيل النضج الالتهابي ويمتص بعد انتهائه التكبد  
بل وفي دور النضج المديد من الجائز حصول الشفاء التام أيضا غير ان  
المرضى المتوكة بواسطة الحى المستمرة جلة أساسا لا تعود للصحة الايطع عظيم  
جدا ومثل ذلك يقال في جميع اشكال الالتهابات الرئوية الاخرى التي بها  
تشق المرضى ولومع وجود الحى الفعيلة التي تظهر مدد سيرة الالتهاب  
الرئوى البطيء السير

وأما الانتهاء بالموت مدة الدور الاول والثاني من هذا المرض فينتج غالبا عن  
كون الحوى بصلات الرئوية الغير المنتهية تصير غير صالحة للتنفس عقب  
اصابتها بالاحتقان والاذيميا التكممين ومن النادر أن يكون حصول  
الموت نتيجة امتداد النضج الالتهابي وكل من عبر التنفس المرتقى الى  
أعلى درجة والنفت الغزير الزبدى أو السائل والمخاخر الرطبة في أجزاء لثة  
الغير المنتهية والاضططام التام للمريض والتنفس والتي مبرودة بالجلده  
العلامات الدالة على تنفس غير تام في مثل هذه الاحوال وقرب الخطر  
العظيم الناتج عن التسمم بحدس السكر بوزن فان لم يسهف المريض في مثل  
هذه الاحوال اسعافا قويا ازداد ثقله وهلك عقب اتضاح اعراض الاذيميا  
الرئوية والشلل الشعبي

ومن النادر جدا حصول الموت في دور التكبد الاحمر عقب احتباس الدم  
في الاوردة الدماعية ووق استقر اغما والارتشاح المصلى الناتج عن ذلك

واللون الازرق السيانوزي في الوجه بانقراده لا يكتفي في الخوف من التهديد  
بالسيانوز الدماعي وكذا ألم الرأس والهمذان لا يكتفيان في ذلك فلا يبرتن  
اليهم في اجراء الوسايط العلاجية التي يستدعيها مرض الدماغ لكن ان وقع  
المريض في حالة تنعم وخود بدون أن يمكن نسبة ذلك الى عوق التنفس  
وتشكي بتحمل وخدر في الاطراف وحصول انقباضات عضلية أو بعض  
شلل موضعي وفي كان انطام يحصل أو في دماغية مهددة للحياة عظميا  
فان لم يمكن مقاومة الاعراض الاخيرة المذكورة حصل الموت مع  
انضاح اعراض الكوما

وقد يكون حصول الموت وهو الغالب في دور التكبد بواسطة الضعف  
والاخطاط الكليين سواء اصاب المرض أشخاصا ضعفاء البنية بالكلية أو  
شيوخا كون الالتهاب الرئوي فيهم ولو قليل الامتداد مرضا خطرا  
لغاية أومنى اصاب اسكارى المحتاجين لتعاطي كمية عظيمة من المشروبات  
الروحية حتى يحفظوا التنبيه العصبي على حالته الطبيعية وبمجرد تركها  
يقعون في ارتعاش السكارى فان عدم التعاطي من هذا المنبه والضعف  
الناجم عن الحمى يكسبان المريض حالة ضعيفة عظيمة فيقع في الشلل وسواء  
كان هذا المرض مضاعفا بنزلة معوية ويرقان يسرعان في التهلكة أو حصل هذا  
المرض أخيرا للاشخاص أقوياء مسلمين من قبل انتهكت قواهم بقاى الحمى  
واستطالتم أو بفزارة المضغ وفي جميع هذه الاحوال يزداد اضطراب الدماغ  
حتى يفقد المريض ادراكه بالكلية ويصغر بضعه شيئا فشيئا أو يتغلى البلند  
بهرق لزج في نذته تلك المرضى بالاحتقان الانجدارى الضعفى والاوديماوى  
والاختناق

وكذلك يحصل الموت بعد ظهور اعراض مشابهة لما تقدم في الدور الثالث  
أعنى دور الارشاح الصديدي متى كانت قوى المريض غير كافية في مقاومة  
المرض والتهلكة الحاصلة من شدة الحمى

وقد ينضم أثناء سير الالتهاب الرئوي للطواهر المرضية السابق ذكرها في الحمى  
الضعيفة العصبية مجموع اعراض مخصوص فان نبض يصير غير منتظم ويظهر  
يرقان خفيف ليس متعلنا باحتباس الصفراء ويصير البول زلالا او المرضى

يتقدون الادراك ويوجد عندهم في الابتداء هذيان شديد ثم يقعون في حالة خدر والسكل المرضي المتككون يطابق حيثئذ شكل الانتاب الرئوي الصغراوي المشروح في الكتب القديمة سيما متى كان اليرقان شديدا للغاية وفي مثل هذه الاحوال تعتبر حصول تغير جوهرى في كل من القلب والكبد والكليتين والدماغ والدم وينشرح الاستحالات الجوهرية في الاعضاء المذكورة وتعلقها بارتفاع درجة الحرارة جدا أعنى ما يسمى بسوء التقية الحى وكذا تناسب بين حصول اليرقان والاستحالة الجوهرية في الكبد كلاء على حدته في محله

ومن جملة اهتمامات الانتاب الرئوي التي سبق ذكرها استحالة هذا المرض وانتقاله الى حالة اخراج لكن اذا تغيرت القشعريرة الخفيفة التي تعصب الارتشاح الصديدي بقشعريرة تتردد في كل مساء وانتذف بواسطة النفث نفث غزير سنجابي مصفر مختلط بمواد بيضنة كثيرة أو قليلة ويصير التشخيص أكيدا متى شوهد بواسطة المكروسكوب بعض ألياف مرنة مصطفة كاصطفافها في الخلايا الرئوية ودل البحث العليبي على وجود تجويف عظيم في جواهر الرئة بشرط أن تعقب هذه الاعراض الانتاب الرئوي مباشرة ثم اذا أدى الخراج الرئوي للهلاك فانه يسبق الموت عين الظواهر المرضية التي تصاحب الارتشاح الصديدي اذا أدى الى الموت كذلك وأما اذا شفي الخراج الرئوي فان النفث يقدولونه السنجابي في أثناء تكوين المنسوج الخلوي الضام وبكتسب النفث لونا مصفرا وعند تمام تجويف الخراج يزول النفث بأكليته بخلاف ما اذا استمر تجويف الخراج وتغطي بغشا ممولا للصديد وأحيط بنفسوج - ألوى يابس كان سيره والخطار الخارج عنه عين ما يحصل في الدهوف الشعبية التي قد ذكرها وكل من تكون بين المنسوج الندبي الجديد وتقباضه حول الدهوف الرئوية ينتج عنه انقباض الصدر وانخسافه كما سبق ذكره

وأما اهتمام الانتاب الرئوي بالغفرينا الذي هو أندر اهتماماته فيستخرج بنفث سنجابي مسود كرية الرائحة جدا يصطبب بانفطاط عظيم جدا في قوى المريض وفي مثل هذه الاحوال يكثر وجود العلامات الطبيعية الدالة على

تكون كهف في الرئة

وأما الانتهاء بالارتشاح الجبني فلا يشاهد قط في الأشخاص الذين كان  
عندهم قديما تسكونات درنية أو بورات جنبية بل يشاهد ايضا في الأشخاص  
السليمن من قبل سماعه من كان مصابا بالانقباض الرئوية واعتراه  
التهاب رئوي لبني ولو كان هذا نادرا والحجى في مثل هذه الاحوال وان  
تناقصت في أيام البصران لا تقول بالكلية كما يشاهد ذلك عند انتهاء المرض  
بالتحليل والمرضى لا تعود لقواها وكل من السعال وضيق النفس يستمر  
والنفس يسرع عند المساء وكل من السمع والقرع يدل على استقرار وجود  
تكاثر الجوهر الرئوي ومقابليل يحصل ذوبان في النضج واقتذافه فينتج  
عن ذلك تمسكات عظيمة في جوهر الرئة وهذه الظواهر ستكلم عليها مفصلا  
عند الكلام على السل الرئوي

وأما انتهاء الالتهاب الرئوي بالتيديس أى يبروز الرئة فتستكلم عليه في المبحث  
الآتى

### • (في العلامات الطبيعية لالتهاب الرئوي البني) •

المبحث بالنظر الى شكل الصدر لا يستدل منه على شئ فان كلامنا يهوى  
الصدر يكون حافظا لاتساعه الطبيعي والمسافات بين الاضلاع تظهر على  
هيئة ميازيب سطحية كما في الحالة الطبيعية وذلك مهم بالتسوية للتمييز بين  
الالتهاب الرئوي والبلورواى وفي ابتداء هذا المرض تكون حركات  
التنفس متغيرة تغيرا عظيما وذلك لان المرضى يسمون الجهة المريضة عن الحركة  
لتألمها ولانه فيما بعد لا يمكن دخول الهواء في الخلايا الرئوية لامتلائها  
بالنضج المرضى ويجترء النظر يشاهد أن إحدى الجهتين تزدعددا واضحا  
والاخرى التى هي مجلس الالتهاب لا تزد من الشبهى وعند ما يكون النضج  
شاغلا للقصور السفلى من الرئتين تنفس المرضى يزدعد بالانقباض العاوى  
من الصدر فقط بسبب عدم انخفاض الحجاب الحاجز (وهذا ما يسمى بالتنفس  
الضلقى) والقسم الشراسيقي لا يتجدد مدة الشبهى

وعند المبحث بالبحس يحس باشتداد ضربات القلب ولذا كان من المهم في تمييز  
هذا المرض عن الالتهاب البلورواى الاحساس بضربات القلب في عمله

الطبيعي وبالجملة يتضح زيادة عن ذلك في دور الاحتقان والتكبد غالباً ان الصدر يعمل في جدره عتوجات واضحة جداً في أثناء تكلم المريض عني ان الاهتزاز الصدري يكون متزايداً وهذه العلامة التشخيصية المهمة يمكن ان تؤدى أحياناً للوقوع في الخطأ عندما لم يعلم ان الاهتزاز المذكور يكاد يكون على الدوام أكثر شدة في الجهة اليمنى عند الامتناع السليم وسبب هذه الظاهرة ان الجذع لشعبي اليميني يكون أكثر اتساعاً وقصر أعين اليسارى ويخرج من القصبه الهوائية على خط مستقيم تقريباً بخلاف الجذع فإنه فضلاً عن كونه أكثر رقة ولا يخرج من القصبه الهوائية على شكل زاوية كما ذكره (سايكس) واشتداد الاهتزاز الصدري المرضي المذكور في أثناء دور الاحتقان الرئوي مبني على فقد جوهر الرئة مروته منه فإنه في الاحوال الطبيعية يتعسر سريان عتوجات الصوت الحاصلة في القصبه الهوائية والشعب الى جدر الصدر بتوتر جدر الخلايا الرئوية المرنة ويريد على ذلك ان الرئة السليمة بمرونتها تحدث نوع انجذاب في السطح الباطن من الصدر به تعاقب عتوجات جدره وهذان الامر ان اللذان يضعفان عتوجات صوت الشخص السليم يزولان متى فقد الجوهر الرئوي مروته وعلى هذا مناط شدة الاهتزاز الصدري وتزايد في دور الاحتقان الرئوي ويريد اشتداده في دور التكبد فان الرئة في هذه الحالة لا تفقد مرونتها فقط بل يزيد على ذلك أمر آخر وهو ان الاهتزازات والعتوجات التي تحدث من الاجلة الصوتية الى الهواء المحصر في القصبه الهوائية والشعب يكون وصواها الى الجدر الصدرية أتم وأقوى فأنها لا تسري اذ ذلك من أوساط مختلفة الطبيعة (أعني انها لا تسري من الهواء ثم من جدر الخلايا الرئوية ثم من الهواء ثانية ثم من جدر أخلية رئوية أخرى وهلم جرا) بل انها تسري من جوهر متجانس الكثافة تقريباً (أعني من الجوهر الرئوي المتكاثف الى جدر الصدر) فإذا انسدت الشعب بواسطة متحصلات الافراز المرضي وقتياً فان القوتوجات الصوتية أى الاهتزازات الصدرية لا تصل الى الجدر الصدرية وفي مثل هذه الاحوال النادرة يكون الاهتزاز الصدري متناقصاً ومفقوداً بالكلية وزيادة على ذلك لا يندر أن يشاهد ضعف أو فقد في الاهتزاز الصدري أعلى

جزء متكبد من الرئة بدون انسداد الشعب وبدون انكساب يلور اوى  
 وفي مثل هذه الاحوال تلجئ الى القول بأن جدر الصدر لا يمكنها أن تتوج  
 وتمز لانها موضوعة على جزء من الرئة كثير التكاثف من تشعب وبالجهد  
 بالقرع يوجد دور الاحتقان الرئوي صوت طبل قارغ مع الوضوح  
 فان الرئة في الحالة الطبيعية تماثل بسبب مرونتها مثانة متوترة بالفتح جدا  
 فصور القرع عليها لا يكون طبليا وأما في دور الاحتقان من الالتباب فانها  
 تشبه جلة مثانات مسترخية لان جدر الحويصلات الرئوية يفقد المرونتها  
 لا تكون متوترة توتراتاما على متصلها فيصير صوت القرع طبليا وأما صوت  
 القرع القارغ الذي يحصل مدة الاحتقان فانه ينشأ عن تناقص كمية الهواء  
 الموجودة في الحويصلات الرئوية بسبب التضخم الموجود فيها بحيث يصير  
 الجسم المتوج صغيرا والذي تظنه أن وصف صوت القرع بمعنى قارغ  
 ظاهر للغاية فضلا عن القائدة فان المصطلح عليه ان الصوت الناتج عن توجات  
 جسم عظيم يسمى بمتملى والناتج عن توجات جسم صغير يسمى فارغا نصوت  
 القرع على المعدة مثلا ينفخ ولولامبتدى انه متملى وصوت الملى الدقيق  
 انه قارغ وقد قلنا التجارب على ان الطيب ولومبتدى ينفخ بسهولة  
 ان صوت القرع الطبلي في دور الاحتقان يكون فارغا وانما يصير على كثير  
 معرفة درجة علوه

وفي دور التكبد الرئوي يكون في صوت القرع أصحبه بشرط أن يكون الجزء  
 المتكبد ملاصقا لجدر الصدر مباشرة ويحس في أثناء القرع بازدياد في مقاومة  
 الجزء المقروء وكل من هاتين الظاهرتين ينشأ عن كون الرئة المتكبد  
 كغيرها من الاجسام المحيطة الخالية من الهواء لا تتوج بواسطة القرع وكلما  
 كانت الطبقة المتكبدية من الرئة الملاصقة لجدر الصدر أكثر فثنا كانت  
 الاصهبة أشد والمقاومة أعظم وعند ما تكون الاصهبة ضعيفة يستدل في  
 الغالب على أن صوت القرع يكون مع ذلك فارغا وعند ما تكون شديدة أى  
 تامة لا يمكن القول بكون صوت القرع ملائنا أو فارغا والالتهابات الرئوية  
 بل المعتد لا تتوع صوت القرع في دور التكبد متى كان مجلس المرض  
 جدر الرئتين ومركزهما



وباتسمع يسمع أحيانا مدة المدد والاول من الالتهاب الرئوى أى ذنوا الاحتقان  
 بدلا عن التنفس الحوى يصل لغط فرقى أو خرخرة فقاغبة دقيقة كما يحصل من  
 رمي الملح في النار أو من احتكاك الشعر بين الأصابع أمام الأذن وهذا اللفظ  
 الذى سماه المعلم (اينك) باللفظ القرعى أدق أنواع الخراخر فان محل حصوله  
 مسافات ضيقة وهى الحوى يصلات الرئوية والالتهابات الشعبية الرقيقة  
 جدا وهذا اللفظ يكون كثيرا الجفاف جدا فانه يحصل في سائل كثيرا للزوجة  
 ولأمانع من أن يوجه حصوله بأن جدران الحوى يصلات الرئوية المتصلة  
 ببعضها بواسطة النضج اللزج مدة الزفير تفصل عن بعضها بقوة بواسطة  
 الهواء الداخلى مدة الشهيق ومتى تم ارتشاح جزء الرئة الملتبب بالملاص  
 لجدران الصدر فان التنفس الحوى يصل يزل بالكليّة لان الحوى يصلات  
 الرئوية لا تسمع ينقذ الهواء فيها فيسمع بدله التنفس الشعبى بمعنى اللفظ  
 التنفسى الناتج عن الهواء الداخلى والخارج فى القصبة الهوائية والشعب  
 والذى لا يصل لأذن المتسمع من خلال الجوهر الرئوى السليم فان اختلاف  
 الأوساط أعنى الهواء وجدران الحوى يصلات الرئوية ونحو ذلك يعوق قابلية  
 توصيل الصوت حتى وجد بين أذن المتسمع والشعب الغليظة وسط متجانس  
 أى جوهر متجانس سهل توصيل صوت الهواء الى الأذن المتسمعة فيسمع  
 التنفس الشعبى بشرط أن تكون الشعب مستطرفة بالقصبة الهوائية  
 بحيث ان الهواء يمكنه المرور بهذه القناة فى حالتى الشهيق والزفير ويحدث  
 حركة وتوجىء الهواء المنحصر فى الفرع الشعبى المحاط بالجوهر الرئوى  
 المتكاثف فانه اذا كان يكون قناة للصوت تعديره وصلا جيدا وفى انسداد  
 هذا الفرع بالافراز المرضى المتراكم كما يحصل ذلك بكثرة دفعة واحدة  
 سيما فى المدد الثالث من الالتهاب الرئوى فان التنفس الشعبى يزل أيضا  
 وينفس هذه الشروط يحصل الصوت الشعبى فانه عند التكلم تسرى غوجات  
 الاحبلة الصوتية وتنقل الى عمود الهواء المنحصر فى الشعب الغليظة  
 لكن الأذن المتسمعة فوق الصدر لا تدركها الا بصفة لفظ غير واضح  
 مادام الجوهر الرئوى السكّات بين الأذن المتسمعة والفرع الشعبى باقيا على  
 حالته الطبيعية فانه وصل غير جيد للصوت كما ذكرنا فاذا حصل تكاثف

في الجوهر الرئوي مع صوت التكلم مع غاية الوضوح عند وضع الاذن على  
 جذر الصدر فيقال ان المريض معه صوت شعبي وفي بعض الاحوال قد يكون  
 صوت التكلم منقطعاً بحيث يقال ان المريض معه تكلم صدرى وعند  
 ما سائر الاعصاب الحساسة للسمع تأثراً غير جيد عقب احتياج جذر الصدر  
 يقال ان المريض معه صوت شعبي شديد فبذلك تدرك الاذن المتسعة  
 شدة اهتزازات الجذر الصدري وكثيراً ما يكون الصوت الذي يسمع في باطن  
 الصدر له صفة الصوت الانفي أو المعزى وهذه الظاهرة تسمى بالصوت المعزى  
 والى الآن لم يمكن توجيهاً مع الايضاح ثم ان الصوت الشعبي ينزل مثل  
 التنفس الشعبي متى انسدت الشعب بالمواد المخاطية أعنى متى انقطع  
 التواصل بين عمود الهواء المنحصر فيها وبين عمود هواء القصبة الهوائية  
 وفي دور تحليل الالتهاب الرئوي تسمع الغاطخ خروية واحياناً اذا دخل  
 الهواء في الفرع الشعبية الرقيقة والغلايا الرئوية تسمع خرخرة فقاعية  
 دقيقة جداً الكن حيث كان الاقراض المرضي أقل لزوجة مما في دور الاحتقان  
 فان الغراخر تكون أقل جفافاً وتسمى حينئذ بالغراخر الفقاعية لدور  
 الرجوع والغراخر التي تسمع في الشعب الغليظة يمكن أن تصير في جميع  
 الاحوال التي ينشأ عنها التنفس الشعبي والصوت الشعبي رنانة وتسمى حينئذ  
 بالغراخر الشعبية الرنانة أو الانعكاسية

والالتهاب البليوراوى الذي يضاعف الالتهاب الرئوي على الدوام لا يمكن  
 معرفته والوقوف على حقيقة الاحوال التي بها يكون الانسكاب عظيماً  
 جداً فان اللفظ الاحتسائي يكاد لا يسمع مطلقاً في الدور الاول من الالتهاب  
 الرئوي لان وريقتى البليورا وقتئذ لا يتلامسان الا قليلاً أو لا تلامس  
 بالكلية ويكثر استماع هذا اللفظ معة تحليل الالتهاب الرئوي لانه اذا ذلك  
 يدخل الهواء في الغلايا الرئوية والمرضى يفعلون حر كات شبيهة قوية بحيث  
 ان وريقتى البليورا يتلامسان

والعلامات الطبيعية التي تدلنا على تكوّن كهف متسع في الجوهر  
 الرئوي عقب حصول الغراخر أو الغنفة من نهاى عين الاعراض التي تنج عن  
 الكهوف الدرية وسأبقى بيان ذلك

### • (التشخيص) •

معظم الالتهابات الرئوية التي تصيب الأشخاص السليمين أقوياء البنية يسهل تمييزها ومعرفة ما ومن النادر ان تلبسها بغيرها من الامراض فانه يوجد في مثل هذه الاحوال زيادة عن العلامات الطبيعية كل من الحى وعسر التنفس والام والسعال والنفت وذلك لا يبقى عند الطبيب اذنى شك في الوقوف على الحقيقة وينعكس الحكم في ذلك عند الاطفال والاشخاص المنهوكين سيما الشيوخ فان الالتهاب الرئوى كثيرا ما يبر بدون أن يعرف وذلك في الاطفال خصوصا اذا ابتدأ هذا المرض بالتشنجات واصطبغت الحى الحقيقة بسعال خفيف فيسهل حينئذ وقوع الطبيب في الخطا خصوصا وان الاطفال الصغار لا يوجد عندهم قشعر ولا يدركون مجلس الالم اعدم تعقلهم وان عسر التنفس في مثل هذه الاحوال ينسب للحمى وان وجد عند هؤلاء الاطفال استهال فان المرض ينسب الى حمى التيف مع حالة تهيج في القناة الهضمية وان وجد الطبيب فيهم اسسا كاربماطن وجود الاستسقاء الدماغى ولاذ لا ينبغي الاهمال في اجراء القرع والسمع عند جميع الاطفال الذين يوجد فيهم حمى شديدة وظواهر دماغية مع سرعة في التنفس وفقد كل من عمدة الطحال والوردية وزيادة الحساسية في الحفرة الحرقمية الاعوربة وابتداء المرض بنوبة قشعريرة واحدة ولا سيما لبعث بالعلامات الطبيعية يزىل كل تغيب وشك بين اصابة الشيوخ والمنهوكين بالالتهاب الرئوى وستكلم على التشخيص التمييزي بين الالتهاب الرئوى والبلوروى بعد معرفة اعراض وسير هذا المرض الاخير في محله

ومهما كانت أهمية البحث الطبيعى للمصدر في تشخيص الالتهاب الرئوى فان جميع الاستدلالات التي تنتج منه لا تسكني باقترادها المعرفة بوجود نضج في الخلايا الرئوية وعدم قابلية قود الهوا عنها أو اضافة النضج فلا نستعين لنا الا من معرفة السوابق المرضية

### • (الحكم على العاقبة) •

الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوى يستنتج من امتداد هذا المرض والالتهاب الرئوى المزودج ينبغي اعتباره أثقل اشكال هذا المرض خطرا

لكن الغالب أن يكون الحكم على العاقبة منوطا بشدة الحمى المصاحبة فان  
 المشاهد أن كلاً من التهوكة والضعف الكلى هما غالباً السبب في الانتهاء  
 المحزن وفي ارتقت درجة حرارة الجسم الى ٤١ درجة مئوية وزادت سرعة  
 النبض على ١٢٠ ضربة في الدقيقة الواحدة صار الحكم على العاقبة منبها  
 ويزداد الخطر في الاحوال التي فيها يحصل عند المرضى عرق عظيم مع ارتفاع  
 درجة الحرارة فان مثل هؤلاء المرضى يكون عندهم حمى شديدة جداً زيادة  
 عن يكون من المرضى جلده جافاً مع ارتفاع درجة الحرارة أيضاً فانه من  
 الامور المشهورة بالخطا اعتبار درجة الحمى بمجرد ارتفاع الحرارة فان للمريض  
 الذي يحصل له عرق غزير يفقد بواسطة الافرازات الجلدية جزءاً عظيماً من درجة  
 الحرارة فتولد الحرارة عنده حينئذ يكون أكثر ارتفاعاً عن المريض  
 الذي تكون درجة حرارته واصله بهذه الدرجة بدون افراز به يفقد جزء من  
 الحرارة وبهذه المناسبة يكون الالتهاب الرئوي خطراً اذا أصاب الاطفال  
 والشيخوخة والاشخاص المتهوكون وقليل الدم ومدى انحرافه ان هلك من  
 القتيان المصابين بهذا المرض قليل في المائة هلك من ذكر من الشيوخ  
 وغيرهم ما ينيف على الستين والسبعين في المائة

ومن الانتهاء المحزن الالتهابات الرئوية التي تعترى المصابين بالدرن أو بآفات  
 عضوية في القلب أو داء برایت وكذا التي تصاحب التهاب التامور والغشاء  
 الباطن من القلب فانها عادة تكون غير جيدة الانذار

ومن العلامات المهمة في الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوي النفث فان فقد  
 التام في ابتداء المرض يعتبر علامة غير جيدة وكذا كثرة تلونه بالكحة أو الحجرة  
 المسهرة فان ذلك يدل على حالة غير جيدة في التغذية وسهولة تنزق الاوعية  
 الشعرية الرئوية وفساد الاخلاط عند المريض وكذا النفث الغزير السائل  
 جداً الاوذيماوي يعد من العلامات غير الجيدة أيضاً وأما النفث القليل  
 الغزارة مددة وورقها لالتهاب الرئوي فليس له كبير اهمية متى كان  
 مصاحباً لتناقص في الاوعية وأما فقد مع وجود خراخر في الصدر فيسدل  
 على حصول شلل في الشعب واوذيما رئوية وقرب الانتهاء المحزن

وأما الهذيان في ابتداء هذا المرض فليس من العلامات الخطرة وهو متعلق

بتوزيع في تغذية الدماغ بخلاف ما اذا ظهر في آخر أودار المرض وصحبه  
ضعف عظيم جدا وتعادي زعناطويلا فانه يدل على حالة ضعفية ثقيلة وكان  
اذ ذلك من العلامات غير الجيدة وقد ذكرنا فيما سبق ان حالة الخمود  
والتشنجات أو الشلل الوتقي من الاعراض الثقيلة  
وبالجملة فالحكم على عاقبة هذا المرض منوط بآثار الالتهاب الرئوي فانه  
بالاوتشاح السديدي يكون أكثر خطرا منه بسببولة التضخم الالتهابي في دور  
التضخم بدوامتصاصه وأما الالتهاب بالخراج أو الغنغرينا أو تدرن التضخم  
الالتهابي فذلك غير جيد

### • (المعالجة) •

لا يمكن اتعام الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب في معظم  
لاحوال فان أغلب الالتهابات الرئوية ينشأ اما عن أسباب جوية أو أرضية  
غير معلومة بل ولا يسوغ الاجتهاد في معالجة الالتهاب الرئوي بالطريقة  
المسركة ولو توهم ان ذلك ناشئ عن تأثير البرد فقد دلت التجارب على ان  
الاحوال العديدة من الالتهاب الرئوي المعصوبة بعرق غزير في أشمسير هذا  
المرض تكون ذات سير ثقيل

وأما معالجة المرض المؤسسة على طبيعته فقيام ينبغي للطبيب أن لا يفتي ان  
الالتهاب الرئوي الالتهابي مرض ذو سير دوري كما في الامراض الدورية وانه  
ان تولد ونفسه يكاد ينتهي دائما بالشفاء مادام المصابون به أقوىاء البقية  
ولم يضاعف بأمر اض أخرى وكان ذاتة متوسطة ولم يعرف ذلك الا منذ  
زمن قليل والسبب في معرفته الطرق العلاجية الانتظارية بمدرسة وبيننا  
والنتائج الحميدة التي تحصلت عليها الاطباء الامير ياتيون واستنتج من ذلك  
ان الالتهاب الرئوي في حد ذاته لا يحتاج لمعالجة قوية مثل الحمة الجلدية  
والبلدري والحسبة وغيرها من الامراض ذات السير الدوري متى اعتدت  
الامراض السليمة من قبل ولم تكن مضاعفة بأمر اض أخرى وكانت  
متوسطة الشدة بل ومن الامور الثابتة ان المعالجة بالوسائط القوية لها تأثير  
مضر في سير هذا المرض ما لم توجد ظواهر مرضية تستدعي استعمالها وتلجى  
لاجرائها وذلك بحقق سيما قصد العام وقد أصاب المعلم (ديتل) حيث قال ان

الالتهابات الرئوية التي تعالج بالقصد العام تنتمى بالموت أكثر من التي لم يفعل فيها ذلك وما قاله المذكور في محله إذا قورنت الاحوال التي فيها فعل القصد بسبب الالتهاب الرئوي نفسه بالاحوال التي لم يفعل فيها ذلك واني أوثق طبيباً أسيو باتياً اذا أصاب هذا الداء أحد أقاربي ليعالجه دون طبيب يرى ان شفاء الالتهاب الرئوي في سن ريشته بخلاف ما اذا اعتبرت الاحوال التي فيها يصير فعل القصد لأمراً أجل الالتهاب الرئوي بل ولومع وجوده وانما ذلك بالنسبة لوجود ظواهر مرضية أو مضاعفات خطيرة وقورنت بالاحوال التي فيها صار ينجب القصد مطلقاً على العموم

وكان تجارب كل من لوى وديتل وغيره - ما أثبتت ان القصد ليس واسطة علاجية نوعية في الالتهاب المذكور ولا يقطع سيره وتقدمه فقد ثبت ذلك أيضاً بتكرار القصد الذي كان يفعل في هذا المرض تبعاً للرأى المعلم (بولو) وغيره من يامر بفعل القصد مراراً فانه تبعاً للمذهب الطيب الاخير يقصد ويكرر القصد الى اليوم الخاص أو السادس أو السابع وهو أو ان الخطا في المرض راتها دوره

وبالجملة مهما كانت النظريات المعول عليها في توجيه حصول الالتهاب واختلاف طبيعته فلا يوافقني منها التأثير النوعي للقصد في الالتهاب الرئوي وعما يتأسف عليه ان اطباء كثير ما يغفلون عما هو معلوم وثابت بالتجارب اليومية من ان الاحتقان مهما كانت شدته لا يكفي بافتراده أن يؤدي لحصول الالتهاب الرئوي المبني وان أدى التمسك بالوعاى الشعري الذي يشاهد في أحوال الآفات الصمامية في الجهة اليسرى من القلب الى تعطيل في الجواهر الرئوي وأدعى الكن لا يؤدي مطلقاً بافتراده الى احداث نضح لبني في الخلايا الرئوية

ثم ان الاعراض التي تستدعي فعل القصد في أثناء سير الالتهاب الرئوي سند كرها عند الكلام على المعالجة العرضية حيث ان هذا السجل ذكر دلالات القصد واستعماله وقد استعمل في معالجة الالتهاب الرئوي التبريد الموضوعي استعمالاً عظيماً ودات التجارب الحديثة على جودة تأثيره ومنفعة بحيث ينبغي الايصاء باستعمال هذه الطريقة وهي أن يغطى صدر المريض

سبب الجبهة المريضة برفا قدميته بالماء البارد بعد عصر هاجدا وهذه الرفافة  
تغير كل خمس دقائق وبعد قليل من الساعات ~~تتكاثر~~ جميع المرضى تحس  
بالراحة التامة ومهما كان التضرع من استعمال هذه الطريقة فن المشاهد  
أنه عقب استعمالها لا يتناقص الألم وعسر التنفس وسرعة النبض بل  
والحرارة العمومية تنافس أحيانا تناقصا يزيد عن درجة واحدة وجميع  
المرضى الذين عالجهم بهذه الكيفية - قزوز - على هذه الراحة مدة طول  
المرض غالبا بحيث لا يظهر على هيئتهم الظاهرة أنهم مصابون بمرض ثقيل كما  
يتضح عند أهلهم حصول هذه الراحة فيسترون مع الرغبة على اتباع هذه  
الطريقة بعد ان اشمازت قوتهم منها كثيرا وفي بعض الاحوال لا يحصل  
من استعمال التبريد راحة بل يزيد في آلام المرضى بحيث يابون من استعماله  
فيقتلوا لئلا ينبغي الايصاع بالاسقرار على استعماله

\*(تنبيه)\* لا مانع في مثل هذه الاحوال من استيعاض ذلك بالوضعيات  
القاهرة الرطبة الزيتية أو الجافة على الجبهة المريضة  
وحيث ان الالتهاب الرئوي لا يتقطع سريه بواسطة الوضعيات الباردة  
الموضعية فلا ينبغي بهذه الطريقة الا تأثير ملطف تسكينى وبالقادى على  
استعمالها يحصل في كثير من الاحوال نوع خفة في المرض وقصر في مدته  
وسرعة في النقاهة بحيث يسدرت تجاوزا ويزهر ان هذا الالتهاب سبعة أيام بل  
طالما ينتهي في اليوم الخامس وفي أحوال كثيرة في الثالث بحيث لم يمكن  
في كثير من الاحوال بحجز المرضى المصابين بالتهابات رئوية حديثة  
في المارستانات وعدم بقائهم فيها أزيد من ثمانية أيام

ثم ان تأثير التبريد وان كان معدودا من الوسائط العلاجية المضادة للالتهابات  
القوية جدا وصافي التهاب الاعضاء الظاهرة اذ به تتكسح الاوعية  
الشعرية المتعددة والنسوجات الملتهبة المترخية الا انه يعسر علينا فهم جودة  
تأثيره في التهاب الاعضاء الباطنة أعنى المنفصلة عن مجرى وضعه بالجلاء  
والعضلات والعظام ومع ذلك فاقباضات الرحم والطبقة العضلية المعوية  
عقب استعمال التبريد الموضعي على البطن يتضح منه ثبوت امكان تأثيره  
في الاعضاء القاهرة بحيث ان استعمال الوضعيات الباردة على الرأس

في أحوال التهاب السحايا والمكدمات الباردة على البطن في أحوال  
التهاب البريتوني اتباع الملم (كبوش) عمدوح للغاية وليس عندى تجارب  
خصوصية في استعمال التبريد العمومى على سطح الجسم بواسطة تغليفه ولفه  
بالملاآت المبتلة المعصورة جيدا استعماله متكررا كما يستعمله الاطباء  
الايدروپاثيون (أى المشتغلون بمعالجة الامراض بالماء) ومع ذلك فمن  
الجايزة باستعمال هذه الطريقة يحصل تقيص في حرارة الجسم وتلطيف  
وقتى في شدة الحمى وان لم يكن لهذه الطريقة تأثير لا واسطى في التهاب  
الموضع وقد تحققت من هذه النتيجة في الامراض التسممية العامة وان  
استعمالها ينقص درجة حرارة الجسم تنقبضا عظيما في كثير من الاحوال  
وباقى الطرق العلاجية والجواهر الدوائية الموصى بها في التهاب الرئوى  
لا يعتبر وسائط علاجية تنقص المرض بل كوسائط علاجية عرضية  
كالفصد فان استعمالها أو عدمه تابع لتسلطن بعض الاعراض الخصوصية  
أو عدمه

ولا ينبغي استعمال الفصد الا في الاحوال الثلاثة التالية وهى أولامتى  
اعترى التهاب الرئوى شخص اقوى البنية وكان سليما من قبل وكانت درجة  
حرارته فوق الاربعين درجة وضر بات يئضه تزيد على مائة وعشرين ضربة في  
الدقيقة الواحدة فان خطر المرض في مثل هذه الاحوال ينشأ عن شدة الحمى  
فالفصد ينقص درجة الحرارة وسرعة النبض سيما اذا كان غزيرا وأما ضعفاء  
البنية القلب والدم فالفصد عندهم يزيد الخطر الناتج عن التهوكة ومضى كانت  
الحمى متوسطة الشدة كان الفصد غير ضرورى فلا ينبغي فعله ولولا قوواء البنية  
الساكنين من قبل فانه لا يقطع شدة الحمى بل انها تستقر ولو بدرجة متوسطة  
الشدة بحيث يشد يكون خطر المرض أشد مما اذا كان اعتراء حمى أكثر شدة  
وكايدها بدون أن تضاعف بفعل الفصد فلان من حصلت أوجعا تسممية  
جائية في أجزاء الرئة التى لم يمتها التهاب وخطرت بحياة المريض فان ضعه  
الدم في مثل هذه الحالة على باطن الاوعية يقناص بواسطة الفصد ويمتنع  
بذلك زيادة ارتشاح المادة المصابة التى تحصل في الخلايا الرئوية ويتجنب  
الخطر الناتج عن عدم كفاية التنفس والتسمم بمحضر الكربون ففى حصلت



سرعة عظيمة في التشنج في ابتداء الالتاب الرثوي ولم يكن نسبة ذلك إلى شدة  
الحجى ولا للآلم ولا للالتاب ووصلت سرعة التشنج إلى أربعين أو خمسين مرة  
في الدقيقة الواحدة وانضم لذلك نفث مصل زبدى ولم تزل انظر اخر من المصدر  
بعد السعال ولو وقتيا وجب فعل فصدغزير لاجل تنقيص كمية الدم والمطيف  
الضغط الجاني على جدر الاوعية فالتاينبني فعل الفصد عند وجود طواهر  
دالة على انضغاط الدماغ ولا يعتبر في ذلك آلم الرأس ولا الهذيان بل الذي ينبني  
اعتباره هو حالة الخمود والشلل الوقي

ومتى عزم الطبيب على فعل الفصد بأحد الاسباب السابقة فلا يتأخر عن  
ذلك نظرا لعدم عظم النبض وقوته وكونه ظهريه صغيرا ضعيفا فان النبض  
الصغير المقبض كان ينبني عليه فعل الفصد عند الاقدمين من الاطباء  
اذنا كد في كثير من الاحوال انه بعد الفصد بل وفي أثناءه يقوى النبض  
ويرتفع حتى كان يعتبر من التواميس الطبيعية انه يجب على الطبيب عند  
شكه في كون ضعف النبض صادقا أو كاذبا ان يتحقق من عظم النبض  
أو صغره مدة الفصد وتوجيه هذه الظاهرة البسيطة من كون النبض  
في أحوال عديدة قد يصير ممثلا قويا في أثناء الفصد أو بعده هو ان كلامنا  
عظم النبض وامتلائه يتعلق بالنصوص بالدرجة التي بها تظهر الانقباضات  
القلبية مقاومة جدر الاورطى فان حصل ضعف في انقباضات القلب بالتأثير  
المرضى المضعف كالذي يحدثه ارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيم أو متوسطا  
في بعض الامراض مع بقاء مقاومة جدر الاورطى على حالتها الطبيعية  
تناقص اندفاع الدم من القلب فضرية النبض تكون ضعيفة فان تناقص  
امتلاء الاوعية في مثل هذه الاحوال بواسطة فصد تناقصت أيضا مقاومة  
الاورطى وصارت انقباضات القلب الضعيفة كافية في دفع كمية عظيمة من  
الدم فتصير حركة النبض قوية وانما لا يحصل هذه النتيجة متى كان تأثير  
الفصد مضعفا جدا لانقباضات القلب كما يشاهد أحيانا فانه في مثل هذه  
الاحوال كما تناقصت المقاومة تناقص قوة الدفع أيضا

وعما يستعمل بكثرة مع غاية النجاح في معالجة الالتاب الرثوي الذي يجنبنا  
لأنها مضادة للحجى كالفصد حيث انما تنقص درجة الحرارة وسرعة النبض

بدون تأثير مضعف في الجسم مثل القصد وينبغي استعمالها في الالتهابات  
الرئوية متى وصلت سرعة النبض الى مائة ضربة أو مائة وعشرين بخلاف  
ما ذلّم نصل لهذا الحد فلا حاجة لاستعمالها ويضم الى منقوعها (الماخوذ  
من برام الى نصف درهم منها على ست أواق من الخمر) بعض الاملاح  
المتعادلة كازونات البوتاسا أو المواد وهذه الاملاح ان كان لها تأثير في سر  
الالتهاب الرئوي فهو بالنسبة للحمى لا لكون تأثيرها مضادا للالتهاب أو  
التعضون

ومن هذا القبيل استعمال المهونات كالطرطير المقي من ٤ قطرات الى  
٦ على ست أواق من الماء يعطى من ذلك مل ملعقة كل ساعتين وكعرق  
الذهب والكينين والويراترين والاستنشاقات الكلوروفورمية فانها  
تقص قوة فعل القلب ودرجة الحرارة وليس لها تأثير لا واسطى في  
الاضطراب الغذائى الموضعى للالتهاب الرئوي واستعمال الطرطير المقي  
الذى كان سابقا منتشر اجدا قل الآن وضعف وصار غير مدوح البتة وان  
كان بعض الاطباء المشهورين لم يزل يوصى باستعماله

واما استعمال الكينين فدلالاته طبقات التجارب ان الرمن الاخيرهى انه متى كان  
الخطر العظيم ناشئا عن شدة ارتفاع درجة حرارة الجسم بانفرادها أو بالاقتران  
معظمه وجب اعطاء مجمعين من الكينين في كل ساعتين أو يعطى منه ثلاث  
مرات في كل مرة عشر قمح وقد ثبت بمشاهدات المعلم (بيومير) أن  
الويراترين من جملة الجواهر الدوائية العلاجية المضادة للحمى كما قاله المعلم  
(فوكث) اذ به يمكن انخفاض درجة الحرارة وتقصيص سرعة النبض بكمية  
أكيدة في الالتهابات الرئوية بل ان كلام من المعلم (بيومير) و (كوخير) يفسر  
لهذا الجوهر الدوائى تأثيره الاواسطى جيداً في الالتهاب الرئوي نفسه  
حيث قال ان سير هذا المرض يمكن قطعه بهذه الواسطة العلاجية ويفضل  
عن الديجيتالا بسرعة التأثير الجيد في تقصيص سرعة النبض وانخفاض درجة  
الحرارة بدون أن يكون له تأثير مضر عمومى لكن الذى انضج لغيرهما من  
الاطباء انه لا يتم فعل هذا الجوهر الدوائى من تنقيصه لسرعة النبض وخفض  
درجة الحرارة الا اذا أعطى منه مقدار يفتح عنه ظواهر تعميمية كالتى

والاسهال وهبوط عظيم جدا ويعطى منه قدر ثلاثة مليغرام (أعنى جزأ من  
عشرين من حبة) ويعطى من راتنجيه عشرة سنتى (أى سدس حبة)  
وأجود الراتنجيه من صنفه الوبراترين فيعطى منها كل ثلاث ساعات من  
٤ نقط الى ٨ في جرعة غروية ثم ان الايصاء باستعمال هذا الجوهر في  
معالجة التهاب الرئوى كثير الآن جدا وازداد المدح فيه حتى استحق أنه  
يقبى تجربة استعماله في الاحوال الحديثة من التهاب الرئوى المعترى  
الاشخاص الاقوياء البنية

وفي كثير من أحوال هذا التهاب يمكن الاستغناء عن جميع الادوية  
السابق ذكرها فلا يعطى للمريض الابوطة خفيفة التأثير كحلول الصمغ  
أو مغلى الخطمية ونحو ذلك بأن يعطى ملعقة كل ساعتين قبل ذلك يسكن زوع  
المريض ويكفى لاستعمال هذه الجرعة مع استعمال التبويد الموضعى  
التوصل الى انتهاء هذا المرض انتهى سريعاً حمداً وكلما تحقق الطبيب ان  
كل دور معين مخصوص من أدوار التهاب الرئوى هو الذى يستدعى  
استعمال بعض الجواهر الدوائية كانت نتيجة المعالجة أم نجاحاً

وعند تقدم سير التهاب الرئوى تستدعى المعالجة العرضية غالباً استعمال  
جواهر دوائية يخالف تأثيرها لتأثير الجواهر التى تقدم ذكرها  
بالكلية فقد ذكرنا فيما تقدم ان النضغ الغزير جدا وطول مدة الحى  
وضعف البنية قبل الاصابة بهذا المرض يمكن أن ينتج عنه ثمرة واحدة وحالة  
ضعف عظيمة جداً ل ان أعاب المرضى الذين لم يكون من التهاب الرئوى  
يكون هسلاً كههم فالتجاعن تلك الثمرة ووضعف انقباضات القلب ينتج عنه  
كذلك خطر آخر بواسطة الاوذى الضعيفة فى الرئة والشلل الابتدائى  
لعضلات الشعب يعوق استقرار عضلاتها فينتج فى مثل هذه الاحوال  
اعطاء المنبهات القوية لاجل تقوية انقباضات القلب وازدياد الانقباضات  
العضلية الشعبية فالمنبهات التى ~~كثيرة~~ امانتها عمل بدون نجاح فى غير هذا  
المرض يكون تأثيرها وثمياً ~~يكن~~ أن ينتج عن استعمالها نجاح عظيم  
فى التهاب الرئوى متى ابتداء شلل الشعب قبل انتهاء التفسير الالتهابى للرئة  
بزمان قليل اذا عطا مقدار عظيم من الكافور والمسك أو النيلي يكثر

ازدياد مجهودات القلب وانقباضاته ومنع تقدم الاوديما وسهولة النفث  
مدة أربع وعشر من ساعة أو ست وثلاثين وينبغي أيضا الايصاف في مثل هذه  
الاحوال باستعمال زهر الجاوى بمقدار ٥ قحبات كل ساعة أو ساعتين وأما  
معالجة جميع أحوال الالتهاب الرئوى بواسطة ~~السكرال~~ كما قاله (نوت)  
ينبغي رفضه بالكلية

ومن المهم جدًا متى اشتدت الحمى وازداد الاحتراق العنصرى وصار مهددا  
للحياة أن يجتهد في تعويض الجواهر المفقودة بدلا عن استعمال المنهات فلا  
يلزم استطالة استعمال التدبير الغذائى المضاد للالتهاب سيما في ضعف  
البنية ومتى ابتدأت اعراض الضعف في الانضاح واظهرت ينبغي اعطاء  
النبيذ والامراق المركزة واللبن ونحو ذلك لاسيما المركبات الحديدية  
والحديدية بأن تعطى الصبغة الحديدية المنسوبة للمعلم (رادىماكر) وعلى  
الصبغة الحديدية الخلية الاثيرة بأن يوضع منها نصف أوقية أى ١٥ جراما  
على ست أواق من الماء أى ١٨ جراما ويعطى من ذلك ملعقة كل كل  
ساعتين فان هذا المركب جيد المنفعة ولا يتبع المعلم (رادىماكر) في كونه  
يرى ان كل التهاب رئوى يدخل في رتبة الامراض التى يسميها بالالتهابات  
العمومية الحديدية غير أنما كثيرا نرى حصول فقر عظيم في الدم مدته  
هذه الالتهابات ويسهل شفاء هذا الفقر الدموى بواسطة المركبات الحديدية  
كما يسهل بها شفاء فقر الدم المزمن المصاحب للتلاور وزوليس عندنا فوجه  
فسيولوجى واضح يدل على المنفعة الحقيقية للاستحضارات الحديدية  
في أحوال فقر الدم الحاد والمزمن وعلى كل حال فليس الامر منوطا بتناقص  
كمية الحديد المحتوى عليها الدم قبل استعمال المركبات الحديدية وزيادتها  
عقب استعمالها بل كذلك الجواهر الاولى العنصرية لاسيما المواد الحبيبية  
للكرات الدموية فانها تكون كذلك متناقصة قبل استعمالها ومرتفعة عقبه  
وعلى هذا فنرى الواضح منفعة المركبات الحديدية في حالتى فقر الدم حادا أو مزمن  
فلذا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الدوائية بمقدار كاف عقب التهوك الناتجة  
عن الانسكابات الرئوية والبلبوراوية العظيمة بحيث لا تبدون أن توافق  
تظريات المعلم (رادىماكر) لاسكر النتيجة العظمى التى تحصل عليها من

استعمال هذه المركبات الحديدية في الامراض الحمية الحادة غير انه مما ينافى عليه عدم تحمل المرضى لهذه الجواهر اذا كان عندهم اسهال ويمكن استعمال الجواهر المنبهة والتدبير العذائي المقوى والمركبات الكيفية والحديدية من أول وهلة أعني في الايام الاولى من الاصابة بالالتهاب الرئوى متى أصاب هذا المرض الشيوخ وضعفاً البنية وانضخت اعراض الضعف ابتداء بحيث يعد من الخطا العظيم استقرار الطبيب متى ظهرت له علامات لالتهاب الرئوى في مثل هؤلاء الأشخاص على استعمال المعالجة المضادة لهذا الالتهاب

وبقي استعمال الاستقرائات الدموية الموضعية في الاحوال التي لم يسكن فيها ألم الجنب عقب استعمال الكمادات الباردة وفي الاحوال التي لا يمكن فيها تحمل هذه الوسائط العلاجية فان هذه الاستقرائات يكاد يسكن بها الألم دائماً وحيث ان هذا الألم ليس فقط من الاعراض المتعبة للمريض بل انه من أحد أسباب اضطرابات التنفس أيضاً فيترتب على تبيده احداث تأثير جيد في سير هذا المرض وأما المنبهات الحديدية كالوضعيات المنردية والحراريين فالصواب عندنا عدم استعمالها بالكلية ولو ترتب على استعمالها تناقص الألم فانها تزيد الحى وبذلك يصير ضررها أكثر من نفعها

وبالمجمل فالمعالجة العرضية تستدعى استعمال المخدرات اذا كانت المرضى في حالة تعب شديد من كثرة السعال واضطرب نومهم طول الليل فينبذ لا يخشى من اعطاس مصحوق (دوفير) في كل ساعة ولومع وجود حى

• (المبحث العاشر) •

• (في الالتهاب الرئوى النزلى الحاد) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

قد ذكرنا فيما تقدم انه لا يوجد في الحويصلات الرئوية عشاء مخاطية حقيق مشتمل على أجربة مخاطية ونحو ذلك فلفظ التهاب رئوى نزلى حيثئذ ليس على حقيقته لانه لا يوجد التهاب نزلى في الحقيقة الا في الأغشية المخاطية ومع ذلك فالتغير المرضي الذي يشن بسببه يتصف بنفس التغيرات المرضية الواصفة لالتهاب النزلى الشعبي وهي ازدياد افراز من خلايا جديدة وزيادة

على ذلك فان الالتهاب الرئوى التزلى يصطبغ دائماً بحالة تزلية في الشعب بحيث يمكن اعتبارها امتداد لهذا المرض الأخير  
ثم ان الالتهاب الرئوى التزلى يكاد يكون على الدوام خفيفاً وأما اللبني فانه يكاد على الدوام يمتد حتى يم بالآقل أحد فصوص الرئة فهو حيث تذهب في هذا الالتهاب الذي هو عبارة عن امتداد الالتهاب الشعبي الى فصيصات منعزلة عن الرئة لا يشاهد الا في سن الطفولية وهو السن الذي يتدر فيه جداً ويوجد الالتهاب الرئوى اللبني في الحويصلات الرئوية ويكثر فيه جداً الالتهاب الغشائي اللبني في الخنجره فمعظم الالتهابات الرئوية التزلية حيث تكون فصيصية وكلما كانت الشعب التي اعتراها الالتهاب التزلى رقيقة سهل اصابة الحويصلات الرئوية بامتداد الالتهاب اليها ولذا يسبق الالتهاب الرئوى غالباً بالالتهاب الشعبي الشعري وبالحالة التزلية العامة للمسالك الهوائية أعني بالالتهاب الشعبي التنقيضي وكثيراً ما يصاحب الالتهاب الرئوى التزلى الايتليكازيا الرئوية وبوجهه كل من الاحتقان والارتشاح المتزايد في الحويصلات الرئوية بأنه متى امتنع دخول الهواء في الحويصلات الرئوية وتعدد الصدر بقوة فالدم يهرع بالضرورة الى الاجزاء الرئوية الهابطة فينفرد من جذر الحويصلات الرئوية ما مصلية وينضم لذلك تكون خاوى جديد وهذه هي التغيرات التشريحية الواصفة للالتهاب الرئوى التزلى  
ثم ان الالتهاب الرئوى التزلى وان شوهه بكثرة مضاعف العصية والسعال التنقيضي الا انه يظهر ان السبب في ذلك كون الالتهاب الشعبي الشعري يكثر حصوله عند الاطفال في اثناسمير الامراض المذكورة دون السليمين من قبل ولا يعرف لهذا المرض أسـ باب أخرى سوى التي ينتج عنها الالتهاب الشعبي الشعري وهبوط الرئة ولذا يعتبر هذا المرض مرضاً خاصاً بسن الطفولية فانه في هذا السن يكثر حصول الالتهاب الشعبي الشعري لاسيما وانه ينتهي بالهبوط الجزئي في الرئة وكل منهما أعني الالتهاب واتهاء الهبوط يعد من سوابق الالتهاب الرئوى التزلى الحاد أو من ادواره الاول عند الاطفال  
\* (العقات التشريحية) \*

كان الالتهاب الرئوى اللبني يكون غالباً غلغلا قص رئوى يتلهمه

أو انه يـكون الالتهاب الرئوي النزلي الحاد شاعلا لقصبيات منعزلة بحيث يصح تسميته بالالتهاب الرئوي القصبي وكثيرا ما يلبس الالتهاب الرئوي النزلي بالالتكازيا الرئوية (المعبر عنها عند الاطباء الفرنسيين بالهالة الحبيبية للرئتين) وفي الحقيقة تتميز ذلك عسر في ابتداء المرض وذلك لانه يشق الجوهر الرئوي المتكاثف في الالتهاب النزلي يـكون سطح الشق حبيبيا فلا يمكن الوقوف على حقيقة تكاثف جوهر هذا العضو ان كان نتيجة هبوط الخلايا الرئوية أو الاقراض المرضي المائي لتجويفها لكن البقع المزرقرة التي توجد في ابتداء الالتهاب الرئوي النزلي لا توجد أسفل مرآة الجزء الرئوي المصاب كما يشاهد ذلك في الالتكازيا الرئوية وتضع العلامات التشريحية متى انضغ تكوّن الخلايا الجديدة واعتري الخلايا المتراكمة في الحويصلات الرئوية استحالته شحمية فحينئذ تصير المواد المخاطية كثيفة صديديّة ويهت لون القصبيات الرئوية المريضة وقصير مصفرة وتظهر على هيئة نتيجيات في حجم حبة الدخن تشابه بحسب الظاهر الدرن المصفر ومع ذلك فعند شق هذه الحبيبات يخرج منها سائل ولا تكون صلبة كالدرن

ثم ان مجموع التغيرات التشريحية لهذا المرض عبارة عن تجمع ارتشاح في الحويلايا الرئوية بحيث تكون جملة بورات صغيرة يمر بها فرع شعبي غشائه المخاطي يكون مجامع التغيرات نزلية وبـتقدم المرض لا يندران تجمع هذه البورات المرتشحة مع بعضها فيحصل تكاثف في الاجزاء المصابة وهو الخلفية من الرئتين قصير يابسة جراء معبرة هشة وبالضغط عليها يخرج منها كمية من مواد سائلة صديديّة لزجة وان استطلت مدة المرض شوهد أن هذه الاجزاء المرتشحة يهت لونهم من المركـز نحو الدائرة بحيث تسكب لونا سنجانيا مبيضا ومع ذلك لم تنزل مقارنته بزيادة وبالبحت الماكروسكوبي يشاهد ان الاستحالة الشحمية للخلايا آخذة في التقدم ومختاطة بكمية عظيمة من أخلية ذات نويات عديدة حبيبية (اعني كرات صديديّة)

والتغيرات التشريحية المذكورة تشابه تكبد الرئة الاحمر وارتشاحها الصديدي وهي من ادوار الالتهاب الرئوي اللينى كما تقدم غير انه في الالتهاب

الرئوى التزلى الحاد لا يوجد مع التكون الخلاقى ارتشاح لبني بل نضج مخاطى ويندر اسماء هذا المرض بالنضج الصديدى وتكون الخراج بخلاف اسمائه بالارتشاح الجبى فانه فيه أكثر حصولا منه فى التهاب الرئوى اللبى وبالجملة فلا ينسدر اسماءه بتكون منسوج - لحوى جسد يد مع ضمور وتلاش نابى فى جوهر الرئة وهذا الاسم يشبه اسماء التهاب الرئوى اللبى بالتيبس  
 \* (الاعراض والسبب) \*

من العسر وصف التهاب الرئوى التزلى الحاد وصفا جامعا فان هذا المرض لا يظهر ظهورا أو ليلا مطلقا بل ينضم على الدوام الى التهاب الشعبى التزلى أو هو سوط الرئة الناتج عنه فينوع الظهور المرضية التى تخص كلا من هاتين الحالتين المرضيتين تنوعا قليل الوضوح أو كثيره والذى يرتكى اليه فى معرفة هذه المضاغنة عند حصولها زيادة عن العلامات الطبيعية التى لا تكون واضحة دائما كيفية السعال وصفة الحى فان من الأمور الدالة تقريبا على هذا المرض كون الاطفال المرئى تخشى السعال جدا وشكواهم بالآلام مدة ثوبه أو ظهور هيئة التآلم على وجه الصغار منهم جدا وقد ذكرنا عند الكلام على السعال التشنجى ان من الاعراض الخطرة زوال ثوب السعال المستطيلة وحلول ثوب سعال قصيره مؤلمة محلها ويندر ان تفقد هذه الثوب المذكورة فى الزلة الشعبية الشعرية المصاحبة للحسبة أو المقردة على حدتها ومن الأمور الشخصية المهمة ما ذكره العلم (حسن) من ارتفاع حرارة الجسم عند طرق التهاب الرئوى التزلى الحاد على التهاب الشعبى التزلى فانه يشاهد ان هذا الطبيب ينسدر أن ترتقى حرارة الجسم فى التهاب الشعبى البسيط زيادة عن ٣٩ درجة مئوية وعند طرق التهاب الرئوى التزلى تصل الى ٤٠ أو يزيد فى ظرف ساعات قليلة ومع ذلك فان نبض الطفل المريض يزداد فى السرعة جدا ويصير وجهه كحجر احمرار ويظهر عليه هيئة الضجر والفاق او انه فى الاحوال النقيصة يقع بسرعة فى حالة هبوط وتنفس وعند البحث عن صدر الطفل المريض الذى يحس بالمصدر السعال فى أثناء سير الحسبة أو السعال التشنجى أو التهاب الشعبى التزلى وارتفعت حرارة الجسم فجأة أو ظهرت عنده حى شديدة جدا اذا كان المريض



غير مصحوب بجمعي لا يقتظر في الابتداء أعنى في اليوم الاول والثاني وجود  
علامات طبيعية دالة على الالتهاب الرئوي النزلي الجاد وفي الاحوال التي  
تكون فيها البورات الالتهابية الرئوية متحاطة بجوهر رئوي محتو على هواء  
وغير ممتدة امتدادا عظيما لا يظهر بالبحث بالقرع والتسمع في جميع سائر هذا  
المرض علامات مشخصة له وأما ان نشأ هذا الالتهاب عن هبوط رئوي عمود  
فانه يظهر بالقرع المعقرون عليه أصممة منتظمة في الظهور على جانبي العمود  
الفقرى وممتدة من أسفل الى أعلى وتكون هذه الاصممة واصفة لانها تكون  
على هيئة شريط قليل العرض ولا تمتد الى الجهات الجانبية من الصدر الا فيما  
بعد وحيث ان الاجزاء الهابطة من الرئة تكون في الابتداء طبقة رقيقة  
خالية عن الهواء فينبغي ان يكون القرع بلطف حتى تعرف هذه الاصممة وكل  
من الاهتزاز الصدري واللفظ التنفسي لا يكون متغيرا في هذا الزمن ونهاية  
ما هناك تسمع انخراخ الصغيرة والفرعية الخاصة بالالتهاب الشعبي حول  
الاجزاء الرئوية الهابطة انما تكون أقل وضوحا في هذا المثل عن غيره وان  
امتد الهبوط الرئوي وصارت الاجزاء الهابطة أكبر حجما وكثافة بتكون  
ارتشاحات النهاية رئوية صارت أصممة القرع أكثر انضاحا وامتدت نحو  
الخارج ويصير الاهتزاز الصدري أكثر شدة واللفظ التنفسي يصير شعبيا  
وانخراخ الرطبة تكسب صوتا رنانا وبالجمله فان ظواهر القرع والتسمع  
تكون مثل ما يشاهد في عين الالتهاب الرئوي اللين في دور تكبده وان ندب  
الطبيب لطفل مريض في هذا الزمن تعسر بل تعذر عليه الحكم بان كان  
مصابا بالتهاب رئوي لين أو رئوي نزلي متمد في جوهر رئوي هابط (ولا يمكن  
الحكم مطلقا بالبحث بالعلامات الطبيعية كما ذكرنا حكما قطعا بصفة تكاثف  
الرئة او بصفة الانسكاب البليوراوي) وأما ان امكن الطبيب ملاحظة  
سرع هذا المرض من الابتداء فان تغيره يكون سهلا لان ظهور تكاثف الرئة  
المزدوج وامتداد الاصممة الضيقة التي تكون على هيئة اشربة متكاثفة  
نحو جهتي الصدر الجانبيتين يدل على هبوط رئوي والتهاب رئوي نزلي حاد  
وأما التكاثف الذي يحصل من الابتداء في جهة واحدة من الصدر او احد  
فصوص الرئة فانه يدل على انه ناشئ عن التهاب رئوي لين

وسير هذا الالتهاب الرئوى التزلى قد يكون سهرا يعافان هذا المرض قد يؤدي  
 للهلاك في قليل من الايام سيما ان اصاب اطفالا ضعاف البنية وفي مثل هذه  
 الاحوال يصيرون الوجه باهتا مزرقا بعد اتقاده وكذلك تزرق الشفتان  
 وتذبل الاعين وتصير كاسية ويحصل بدلا عن القلق الغمطاط وتنعس يزداد على  
 الدوام فحينئذ يحصل من اضطراب التنفس النتائج الخطرة للتبادل العازى  
 غير التام وانشهان الدم بمحوض الكربون ويندر ان يحصل تحلل سريع  
 في الارتشاح الرئوى الالتهابى وان حصل ذلك يكاد ان لا تزول الحمى  
 بخاف كما يشاهد في الالتهاب الرئوى اللبني بحيث ان انتهاء هذا المرض  
 في الاحوال المشكوك فيها يصير ان يشفى او سريع يموت ~~بكون~~ يموت هذين  
 الالتهابين ويكتر جدا استعانة الالتهاب الرئوى التزلى الحاد الى الشكل المزمن  
 الذى سنتكلم عليه مفصلا عند الكلام على السل الرئوى وهذه الاستعانة  
 تختص بالاحوال التى فيها ينضم هذا المرض الى السعال التشنجى أو  
 الالتهاب الشعبى التزلى المزمن وفي مثل هذه الاحوال يبقى التكاثف الرئوى  
 زمنا طويلا أى جملة أسابيع فضلا عن كونه يحصل ببطء وتدرىج فالاطفال  
 تصير نحيفة جدا حتى تموت بالاعراض السابقة أو تبرأ أو تامة ب تحول  
 الارتشاح ولو كان الغنيم في ذلك قليلا والاعراض التى تصاحب انتهاء  
 الالتهاب الرئوى التزلى الحاد اما يتكون الخراج أو بالارتشاح الجنبى أو  
 التيسر لتمييز عن الاعراض التى تصاحب انتهاء الالتهاب الرئوى اللبني

#### \*(المعالجة)\*

من الواضح ان المعالجة الموصى بها في الالتهاب الشعبى الشعري متى امتدت  
 الالتهاب من الغشاء المخاطي للشعب الى الخسلايا الرئوية نوادى للحصول  
 التهاب رئوى تزلى مؤسسه على نفس القواعد العلاجية التى ذكرت في هذا  
 المرض ويقال ذلك على الخصوص في الاستقراعات الدموية العالمة  
 والموضعية فانها تبع التجارب كل من المعلم (برنلس و سمن) لا يفتخ عنها كبير  
 فائدة بل انها في الغالب يفتخ عنها ضرر عظيم لانها باحد انها ضعفا في قوى  
 المرضى كذلك تحدث ضعفا في حركات الشهيق وبذلك تعين على امتداد  
 الهبوط الرئوى ولنبه على ان المقيسات منهفة وقتية في هذا المرض كما ان

استعمالها كثيرا ما يكون بلا فائدة وما ينبغي الانتفات له اني وجدت كلام من  
هذين الطبيبين يوصي باستعمال المكملات الباردة على الصدر في الالتهاب  
الرئوي التزلي الحاد التي اوصيت باستعمالها في الالتهاب الرئوي اللين ويذكر  
انها ذات فائدة عظيمة في المرض الذي نحن بصدده

• (المبحث الحادى عشر) •

• (في الالتهاب الرئوي الخلائى المزمن المعروف بقميس

الرئة وبالتقدم الشعبى الكهفى) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الرئة السليمة لا تحتوى الاعلى قليل من المذوج الخلوى في الحالة الصحية فانه  
ومن الالياف المرنة العديدة الرئوية تتصلب وتكون الخلايا الرئوية وبه تنظم  
القصبصات الرئوية الى بعضها ويدخل جرحه منه في جدران او عسبة والشعب  
وفي كثير من الاحوال يوجد بدلا عن هذا المنسوج الخلوى القليل منسوج  
خلوى مزدوج لينى متشترى في اجزائه متعددة من الرئة وهذا التغير يفتج عن الالتهاب  
الخلائى الرئوي المزمن الذى هو كثير الحصول جدا

وفي الالتهاب الرئوي الخلائى المزمن لا يتكون نضج سابق في الخلايا الرئوية  
ولا في الهالات التى يتنابح قطع النظر عن شكل الالتهاب الرئوي الذى سنعتبر  
عنه بالارتشاح الجنبى الرئوي ونشره في مجرى السلسل الرئوي وجوهر  
الرئة وان لم يستترى كل من الالتهاب الرئوي اللين والتزلي تغيرات غائية  
عظيمة يعترى الجدران التى بين الخلايا والقصبصات الرئوية اضطرابات غذائية  
التهابية فى هذا السلسل من الالتهاب الرئوي المزمن وهذه الاضطرابات  
عبارة عن تكون منسوج خلوى ضام وغو به يزاد حجم هذا العضو مع تناقص  
المسافات المحتوية على الهواء ما ينحصل فى الرئة تكاثف والمذوج الخلوى  
الجديد الذى يحدث تكاثف فى الرئة يستترى به فيما بعد تغير يكافى المنسوجات  
المنسوية الناتجة عن تغيرات التهابية فانه بدلا عن ان يكون فى الابتداء رخوا  
كثير الدم يعترى به انكماش فيما بعد ويستحيل الى جوهر ندى خال عن الدم  
بحيث يشغل حيزا قليلا بالنسبة للحالة الصحية من الجوهر الرئوي  
ثم ان الالتهاب الرئوي الخلائى يندران يشاهد على حالة مرض أصلى أولى

بل وفي الاحوال الناتجة عن استنشاق اترية حديدية او خمية مهيجة  
لا يكون هذا السكايف الندي اولياى ناتجا عن استنشاق تلك الجواهر  
المهيجة بلا واسطة بل تابعيا لالتهاب الشعبي الناتج عن استنشاقها  
وقد ذكرنا ان الالتهاب الرئوى الخلوى يكون مضاعفا  
اولا لالتهاب الرئوى اللينى المستطيل المدة والتزلز الرئوى وبهذه المضاعفة  
يتضح اتهاؤهما بالتيس  
وثانيا فديعقب الهبوط الرئوى نحو خلوى جوهرى التهاى فيؤدى لتيس  
الرئة

ثالثا يؤدى كل من التجمعات الدرية لاسيما البورات الدرية وتكون  
السرطان في الرئة والسدد الدموية الرئوية والسكة الرئوية والخراجات  
الرئوية الى التهاب الرئوى الخلاقى مع نضج غذائى كما قاله روجوف ومنه  
تنشأ الحافظ الخلوية الفاصلة لهذه التولدات المرضية عن باقى جوهر الرئة  
السلام

رابعا يصيب الالتهاب الرئوى الخلاقى بكثرة جوهر الرئة المحيط بالشعب  
الغايطه عند اصابتها بالالتهاب الشعبي المزمن ويساعد في هذه الحالة مساعدة  
عظيمة على اتهاؤ هذا المرض بتيس في الجوهر الرئوى وتكوين كهوف  
شعبية

تنبيه اعلم ان المنسوج الخلوى الضام الحديد المتكسبين يعتبره في الرئة  
عين التغيرات التى نشاهدها في اعضاء اخرى يكون فيها التغير الالتهابى قد  
أعقب بتكون منسوج خلوى جدي وذلك ان هذا المنسوج هذان كان كثير  
لدم في الابتداء ومشتق على عدد عظيم من الاوعية الشعرية يتكسب فيها  
بعد ويستحيل الى منسوج ندي تنضغط أوعيته الشعرية وتنسد فحينئذ  
يظهر هذا المنسوج المندمج قليل الدم وتلاشى أوعيته الشعرية ولا بد وان  
ينفج عن تيس الرئة تراكم كمية عظيمة من الدم في القلب الايمن وحصول  
ظواهر استقائية احتيائية في الجموع الوردى فان كلامنا من تلاشى  
الاوعية الشعرية وزوالها يمتد الى الاوعية الشعرية الطبيعية للرئة  
ثم ان حصول التمددات الشعبية عقب الالتهاب الرئوى الخلاقى سهل

التوجيه وهو انه متى اعتري هذا المنسوج المنسوج الذي حل محل  
الحويصلات الرئوية الانكماش والاستحالة النديية وتبعهما في ذلك تناقص  
حجم الرئة فلا بد وأن يعقب ذلك تغيرات أخرى وهي أن تجوف الصدر يمتلئ  
على نفسه بقدر الامكان تابعا لجزء الرئة المنكمش واكون هذا الانخساف  
لا يتعدى درجة محدودة بسبب تركيب تجويف الصدر (حيث ان  
هذا التجويف لا يتناقص في الحجم مثل الغلاف المصلي المحيط بالكبد  
اذا اعتراه الضور والقيس) فضغط الهواء على باطن الشعب وانكماش  
المنسوج لرئوي من الفراغ يجذبان جدر الشعب وتزدادها وبذلك تنشأ  
الكهوف الشعبية وهي عبارة عن قنوات أو تجاويف متكونة من عدد  
الشعب المائلة للمساواة التي لم يشغلها انخساف الصدر وهبوطه عقب  
انكماش الجوهر الرئوي

ويجذب الواقع على جدر الشعب من المنسوج المتسوي المنكمش ليس هو  
السبب الوحيد في احداث التمدد الشعبي فان حصول ذلك في وسط الجوهر  
الرئوي الهابط او المحتوى على هواء يلجئنا الى توجيه حصول هذا التمدد  
بأمور أخرى كترسكهم الافراز الشعبي وضغطه على السطح الباطني لهذه  
القنوات سيما عند تناقص تماسكها ومقاومتها فيحصل التمدد وكضغط الهواء  
على السطح الباطني المذكور عند الشهيق سيما اذا فقد عدد بعض أجزاء الرئة  
وعدد البعض الآخر تمددا معادلا وفي مثل هذه الاحوال تزداد الشعب بدلا  
عن الخلايا الرئوية بمعنى أنه يحصل كهوف شعبية بدلا عن الانقباضات العوضية  
سيما متى كانت مقاومة جدر الشعب متناقصة متناقصا زائدا عن مقاومة  
جوهر الرئة أو كان هناك عائق يمنع من تمدد الخلايا الرئوية وبالجملة فقد يوجه  
حصول التمدد الشعبي بشدة ضغط الهواء الخارج بدفعات السعال الشديد  
فيمدد الهواء المنسدفع نحو قبة الرئتين الشعب التي في القصود العليا متى  
كانت مقاومة متناقصة في بعض المحال فتتمدد ويحصل تمددات شعبية بدلا  
عن الانقباضات الرئوية

• (الصقات الشريحية) •

من النادر شاهدة التغيرات التشريحية للالتهاب الرئوي الخلاق قبل ان

يعتري الجوهر الخلوى الحديد التكوين الانكماش وفي مثل هذه الاحوال يظهر الجوهر الرئوى تبعا لما قاله العلم (ريكتنسكى) أجرياها متفتتا في المسافات بين القصبات والحوصلات الرئوية وتكون الحويصلات نفسها باهتة منضغطة كثيرا وقليل وقد شاهدت في بعض الاحوال التي كان موجودا فيها في قاعدة الرئة كهوف شعبية محاطة بنسوج خلوى ندى منديج ألجة ممتدة من جوهر متجانس أجرياها متكون من منسوج خلوى جديد التكوين مختل بين جوهر الرئة المحتوى على الهواء

والذى يمكن مشاهدته بكثر عند تقدم ادوار هذا المرض هو وجود اشربة بيضاء وملونة بالمادة السوداء البجمنية منديجة يسمع لها صرير عند شفها أو تشاهد مواد ذات شكل غير معين مؤلفة من المنسوج الخلوى الجديد ومختللة بين جوهر الرئة وهذا المنسوج يحيط بالدرن الذى كان موجودا من منديج من طويل وصار جديدا أو يحيط بالكهوف الدرنية او بالخرجات الرئوية المتكونة من منديج من طويل او بالجمعات الكلسية التي هي بقايا هذه الخراجات كما ان بعض قصبات الرئة يشاهد مستجيلا الى منسوج مسمر منديج اذا انتهى التهاب الرئوى اللبني بالتيبس

ثم ان عند فعل الصفات التشرىحية لها الكين عقب اشتغالهم زمانا طويلا في معامل القعم وفي اشغال اخرى فيها يستشق هذا الجوهر كثيرا ما يوجد تلون مسود في جوهر الرئة والغدد الشعبية وقد ثبت بالتجارب الجديدة ان هذا التلون اغما يشاعس تحتل جزئيات القعم في جوهر الرئة حيث ثبت ذلك بالمشاهدات المكمرة ميكروية وجوهر الرئة وان تحمل دخول هذه الجزئيات فيه ووجلت أحوال يكون فيها هذا التلون المسود وهو التغير الوحيد الا أنه في أحوال كثيرة أخرى يكون هذا التلون معويا بالتهاب رئوى خلوى ممتد من جدار الشعب وفي أحوال أخرى قد يوجد جدي في الجوهر الرئوى التيبس كهوف شعبية آتية من غدد الشعب المنتشر

وقد شوهد تغير مشابه لذلك بالكلبة ناشئ عن استئصال أثرية الحديد في معامله فان دخول جزئياته في الجوهر الرئوى كثيرا ما يعقبه تيبس فيه وتكون كهوف شعبية

وقد وصف المـ (ربكتمسكي) تعدد الشعب الجببي بقوله انه يوجد قنـة  
شعبية متقدمة على هيئة جيب مستطيل أو مستدير في هذه الحالة الأخيرة  
يكون تعدد الجيب في اتجاه مخالف لاتجاه الشعب ومعظم هذه الجيوب  
الشعبية يكون خارجا عن محورها وقطرها يعادل قطر بيضة نادرا والعادة ان  
يكون حجمها كحجم القولة او البندقية او الجوزة وقد لا يصاب الا فرع شعبي  
واحد نارة وأخرى يظهر هذا التعدد الجبي في عدد عظيم من القروع الشعبية  
وحيث نذير جدد عدد عظيم من هذه الجيوب مصطف بجوار بعضها بحيث يكون  
عبارة عن تجويف عظيم واحد ذي انبعاثات متعددة تفصل اقسامه عن  
بعضها بانفاثات من الجدر الشعبية بارزة في هذا التجويف على هيئة حواجز  
او صمامات

والسطح الباطن من التجاويف الشعبية يكون أملس في الابتداء  
وتتلاشى الاخرية المخاطية شيئا عند التعدد العظيم في الغشاء المخاطي  
وحيث ان هذا الغشاء يفتقد هذه الكففة صفات الاغشية المخاطية ويصير  
كغشاء معلى فاقران الجيوب الشعبية يتكسب في الابتداء صفة اقراز هذه  
الاغشية الأخيرة فيكون متحصلة عبارة عن سائل رقيق خيطي شبيه باقراز  
الاغشية الحصلية المفصلة وبالاقران الذي يوجد في الحوصلة المرارية  
المتقدمة عند اعظمها وفي العلاقة اليدانية عند ادادها وعند تقدم  
سير هذا المرض يقد باطن هذه الجيوب ملاسنة وية نوع اقرازه وذلك  
ان متحصل الاقران المرضي لا يمكن ان يذافه الا بسبب تكاثف الجوهر  
الرقوي المحيط بهذه الجيوب وتبيسه بحيث لا يندفع ولو بالدهال العنيف  
وحيث ان هذا المتحصل يبقى عرضة للهوا ودرجة حرارة مرتفعة يتسدى  
في الفساد والتعفن فيستحيل الى سائل صديدي اصفر ومخذى رائحة متنتنة  
جدا كثيرا ما يؤثر تأثيرا حريفا كالا في جدر التجاويف المتحصص فيها ويجعلها  
الى خشك ريشا ويزيل ملاسها وكثيرا ما يحصل التزيف عقب انفصال  
الخشك ريشا وفي أحوال أخرى يشأ عن المتحصل المتفسد في الكهوف  
الشعبية المتقدمة التهابات وتلاش مع تعفن منتشر في جوهر الرئة وفي  
أحوال نادرة قد يفسد القروع الشعبي المتفهم بالتجويف الشعبي بحيث

يكتسب فيحصل هذا التجويف كثافة شيا فشيأر يستحيل الى مادة جبنية  
او عجنية كاسية

### • (الاعراض والسير) •

في الدور الاول من الالتهاب الرئوي الخلاق لا يمكن معرفة هذا المرض مع  
التاكيد انما يجوز الظن باتساع الالتهاب الرئوي اللين بالتيبس في الاحوال  
التي لا ينتهي فيها بالتحليل ولو بعد زمن طويل واستمرت أصحية القرع جلة  
أسابيع وكذا ان استقر التنفس شعبيا أو كان غير واضح وبقوى هذا الطن  
اذ لم يكن مع المريض حى وتقدمت ثقافته شيأ فشيأ وبهذا يسوغ الحكم  
بان هذا المرض لم يشته بالارتشاح الجبني وحينئذ فلا يمكن تشخيص هذا  
المرض مع التاكيد الا متى انخفض الصدر في الجزء الموازي لهل الاصابة  
وانضم لذلك علامات الكهوف الشعبية المتقدمة وعين هذا يحصل فيما اذا  
صاحب الالتهاب الرئوي الخلاق التيبس كل من الدرر الرئوي والارتشاح  
الجبني وحيث ان هذه المضاعفة تكاد تكون ملازمة على الدوام في الجائر  
أن يقال على غلبة الطن ان أصحية قرة الرتين التي تظهر بالقرع في اثنا سير  
السل الرئوي يكون بعضها ناشعا عن شكل الالتهاب الرئوي المزمن الذي  
نحن يصده فان انخفض كل من الحفرة فوق الترقوة وقصمت عند مريض  
مصاب بالسل وجب نسبة هذا العرض للالتهاب الرئوي الخلاق التيبسي  
وحده فان حجم الرئة وقطرها لا يصغر فيحدث انخساف الصدر في كل من  
التراكبات الدرية والارتشاح الجبني وتلاشي الجوهر الرئوي مع تكون  
كهوف فيها فهذا العرض الذي يعد خطأ من العلامات الواضحة للسل  
الرئوي وان وجد عند أغلب المصابين به ذا المرض الا أن كثرة وجوده تنبئ  
على مضاعفة التفسيرات المرضية التي تحدث تلاشيا في الجوهر الرئوي  
بالالتهاب الخلاق المزمن المحدث لتيبس وانكماش في هذا العضو  
ومثي انضم الالتهاب الرئوي الخلاق لالتهاب شعبي مزمن وضاعفه ندر  
انخساف الصدر سيما اذا وجد مع ذلك انقباضا رئويا وفي مثل هذه  
الاحوال يقتصر في تشخيص الكهوف الشعبية ذات الجدر المتدحجة على  
نوب السعال الواضحة وعلى طبيعة النفث



ثم متى تقدم هذا المرض وامتد انضم لهذه الظواهر علامات تمدد القلب  
الايمن وضخامته ثم ان تمسك هذه الضخامة في تعادل اضطراب الدورة  
وعوقها تظهر كل من اللون السيانوزي في الشفتين وانتفاخ الوجه وتعدد  
الكبد ثم الاستسقاء وتلك اعراض تعقب الانقباض الرئوي كما تقدم  
وهذه الظواهر يسهل توجيهها متى علمنا ان فقد قابلية نفوذ الدم من الاوعية  
الشعرية الرئوية وعسوره منها ينتج عنه عوق عظيم لاستفراغ القلب الايمن  
ويتدرج معه هذه الظواهر السيانوزية في الدرن لرئوي فقط ولومع وجود  
عائق مزدوج يعترض الدورة الرئوية وذلك منوط بوجود حصى الدق قامها  
تنقص كمية الدم شيئا فشيئا بقدر ما تضعف الاوعية الشعرية وتتلأشى

وأما اعراض الكهوف الشعبية فانه لا يمكن تشخيصها مع التأكيد الا اذا  
كان مجلسها قاعدة الرئة بخلاف ما اذا كان مجلسها قمة الرئة فانها تختلط  
بالكلية باعراض الكهوف الدرينية وهي عبارة عن نوب سعال متكررة في فترات  
مستطيلة يتغذف بها مع مساعدتها للانقباض التنفسي في العضلات  
البريانية سائل مصفر وسخندورائحة كريهة للغاية ومتى انقذت هذه المواد  
التي كثيرا ما يكون مقدارها عظيما جدا واستقرغت الكهوف الشعبية  
الكائنة في قاعدة الرئة فكثيرا ما يحصل هدوء راحة المريض مدة أربع  
وعشرين ساعة فانه وان لم يمتنع السعال رايا يكون قليل الشدة جدا ويكون  
النفس بدون رائحة كريهة قويكتسب وصف النفس الشعبي المنفرز في أحوال  
الزلات الشعبية المزمنة البسيطة فحينئذ يظهر أن هذه النوب الشديدة  
لا تكون الا عند امتلاء الكهوف امتلاء تاما فلا يمكن ان تسع من مصلها  
فيسيل في الشعب وحينئذ يتهيج الغشاء المخاطي تهيجا شديدا من هذا السائل  
الذي ماله الفساد والتحليل ثم ان النفس الاقي من الكهوف الشعبية متى  
وصل للفم يسيل بسهولة تامة مجردة عن اللزوجة وعند وضعه في كوبه مثلا  
من البيلور يرى ان برأه السائل ليس من مواد مخاطية لزجة وان الاجزاء  
الدقيقة لهذا النفس تكون سائلة رخوا قليل اللزوجة جدا وعند تزلزله  
هذا النفس في الكوبية وسكونه فيها يتكون في هذا الاناء طبقات  
فالعليا منه تكون زبدية لاحتوائها على الهواء والوسطى صافية شبيهة بماء

النهر المتعكر قليلا والطبقة الثالثة تكون متكونة من أجزاء دقيقة لهذا  
 النفط تسقط في قاع الاناء يتكون منها راسب مصفر يخالف لما يوجد  
 في النفط المحتوى على مواد صديدية وليس من البين الواضح ان كانت مبعوثة  
 هذا السائل ناشئة عن عدم وجود اقراز مخاطي حقيقي في الكهوف  
 الشعبية أو عن فساد النفط وانحلاله بالبحث المكروبي عن هذا النفط  
 الكبرية الرائحة بعد مـكـثـة قليلا في انائه يشاهد فيه جسمان صديديان  
 (اخلية جصدية التكوين غزيرة متراكمه في الراسب الكائن في قاع الاناء)  
 ويعتري هذه الاغلايا غالبا الاستحالة الشعبية كما يشاهد ذلك في محال اخرى  
 فيها كان الصديد محتبسا زمنا طويلا فتكون متمثلة بنقطة ينقطع من النعم  
 مستقيمة الى خلايا ذات تجميعات شعمية ويرجع فيه بدلا عن الكرات  
 الشعبية جسميات غير منتظمة زاوية وبقايا متكونة من تجميعات رفيعة  
 جدا ولا يندران يوجد في متصل هذا النفط المتعفن جوهر آخر يظهر  
 تحت المكروكوب باشكال جبهة جدا تحزم من ابر رفيعة جدا يوجد فيها  
 باضافة قليل من الاثير بلوران مر جارية (والمار جارية بن جرنمهل التيلور  
 في المواد الدهنية) وقد ينضم للأعراض السابقة في اغلب الاحوال  
 ظواهر سيانوزية واضقواستقائية فيما بعد وأما انتفاخ السلاميات  
 الاخيرة من الاصابع استفاخا عقليا في كادش اهدد انما في احوال التقدرات  
 الشعبية المستطيلة المدة غير ان هذه الاضطرابات الدورية لا احتسابية  
 لاتتعلق بدون واسطة بالتقدرات الشعبي بل بالتييس الرئوي ولذا لا يوجد  
 في الاحوال النادرة التي فيها تكون الكهوف الشعبية غير معصوبة بتييس  
 عمسدي الرئتين وبالبحث الطبيعي يعرف بواسطة الجس والقرع متى  
 امتد التيس وعم جراً عظيما من الرئة ان جلد الصدر لا تنخسف فقط بل  
 ان الاعضاء المجاورة تجذب في تجويف البلور واسبب تناقص حجم ما احتوت  
 عليه عقب انقباض الرئة وانكماشها فيمكن أن يحس بضربات القلب في الخط  
 الابطن وكذا الطحال والجباب الحايض يمكن أن يصعد الى أعلى لأجل ملء  
 ما حصل من القراغ والقرع كذلك يتضح به زيادة عن غير وضع بعض  
 الاحشاء اهمية واضحة متى كانت الاجزاء الرئوية المتبسة ملازمة لجدر

الصدر وكذا بالاصبع القارع يحصر في هذه الحالة بازدياد عظيم في مقاومة  
الاسجة وبالتسمع يكاد يسمع على الدوام فقط تنفس ضعيف غير واضح (كأنه  
آت من بعد) وذلك متى مضى على المريض زمن طويل بدون أن يسعل  
ولم يقدف المواد المحتوية عليها الكهوف الشعبية المتقدمة وأما إذا سعل  
وانتدفت المواد الغزيرة فكثيرا ما يسمع دفعة واحدة تنفس شعبي أو كهفي  
في الحال التي كان يسمع فيها تنفس ضعيف غير واضح وهناك أحوال مغايرة  
لما ذكر وهي التي فيها لا يدل البعث الطبيعي على علامات مشخصة وذلك إذا  
كان مجلس التجاويف الشعبية من كثر الرتين ومحاطة بجوهر رتوي محتو  
على هواء ومع فقد العلامات المذكورة يمكن تشخيص هذه التجاويف بمع  
التأكد وذلك إذا انتدفت من المريض بالنفث كمية عظيمة جدا من مواد  
صديقية في قليل من الدقائق فإن هذه المواد لا تأتي إلا من تجويف عظيم لان  
وجودها في الشعب ينتج عنه عصر عظيم في التنفس أو تعدد كل قبه  
• (التشخيص) •

التمييز بين تناقص جوهر الرئة وتكاثره بواسطة الالتهاب الرتوي الخلقي  
وبين كل من تناقصه وتكاثره الناشئ عن انضغاطه انضغاطا مستمرا فيكون  
عسر اللغاية فانه بعد كل من هاتين الحالتين تختف جذور الصدر ويتغير وضع  
كل من القلب والكبد والطحال فلا يمكننا الوقوف على حقيقة هذا الأمر  
إلا بالبحث عن السوابق المرضية ومتى لم يمكن التحقق من أن الذي سبق حصوله  
هو الالتهاب الرتوي أو البليوراوي بقي التشخيص مشكوكا فيه ولو كان من  
الواضح أن الالتهاب الرتوي الخلقي نتج عنه الكهوف الشعبية أكثر من  
انضغاط الرئة المستمر وتكاثرها الذي يعقب بامتصاص السائل المضغط  
في وقت قبه لا يمكن للرئة الرجوعها إلى حجمها القدمي ونعما

وستذكر فيما بعد الفرق بين الكهوف الشعبية والكهوف الدرنية ومع ذلك  
فلنذكر هنا بعضها فنقول أولا أن الكهوف الشعبية توجد في الغالب  
في القصص السفلى من الرئة بخلاف الكهوف الدرنية فلا تشاهد إلا في قمة  
الرتين أو قصورها العليا فلما إن الأشخاص التي اعتراها كهوف شعبية  
لا توجد عندها حتى ولذا تحفظ قواها ولا يحصل لها إلا قليل من الخانة فلئلا تـ

يندر جدا في أحوال التمددات الشعبية أصابة الخبيرة والمعى ويكثر ذلك  
في أحوال الكهوف الدرية ولذا ازبحة الموت والاسهال يدلان غالباً على  
الحالة الأخيرة وإبعائه في أحوال الكهوف الشعبية يوجد غالباً بجوارها  
انقبز بما واضحة كثيرة الامتداد ويندر مضاعفة الكهوف الدرية بذلك  
• (الحكم على العاقبة) •

حيث ان الالتهاب الرئوى انحلالى يكاد لا يكون مرضاً ذاتياً أى قائماً بنفسه  
فالحكم على عاقبته منوط بالمرض الاسلى ولا سيما الاحوال التى فيها ينضم  
هذا المرض الى الدرن الرئوى وكل من انكأش الجوهر الرئوى وتيسسه  
الذى يعقب الالتهاب الرئوى المزمن أو المصاحب لثلاث شعبية منمنة  
اولاً فيزى بما يمكن أن يحمسه المريض زمن طويلاً بدون أن يمدحجانه ولو  
تكون مع ذلك كهوف شعبية عظيمة ولا تملك المرضى منه الا بعد زمن طويل  
جدا عقب تقدم التهوكة واعراض الاستسقام في أحوال أخرى قد تملك  
المرضى بسرعة عقب حصول أثر غزيرة آتية من جلد الكهوف  
الشعبية أو من حصول فساد وتفنن منتشر في الجوهر الرئوى نفسه  
• (المعالجة) •

متى وصل الالتهاب الرئوى انحلالى الى درجة يسهل معرفته فيها فلا يمكن  
الحصول على زوال هذا المرض كما انه لا يمكن احداث استرخاء ولين في أنسجة  
خدية حصلت في اعضاء اخرى ولا الحصول على تحليلها كما اتا ليس لنا قدرة  
على احداث انسداد في الكهوف الشعبية فلم يتيسر لنا حينئذ الامساعدة  
انقاذ منحصل الكهوف خوفاً من كون منحصل الاقراز عند فساد يحدث  
تأكل في جدر الكهوف والجوهر الرئوى ناكلاً ممتداً وهذه دلالة أولى  
والدلالة الثانية تشتمل على تنقيص الاقراز سواء كان في الكهوف الشعبية  
أو في الغشاء المخاطى الشعبى للشعب المستطرفة بالكهوف الشعبية لعدم  
تراكه فيها واجود الوسائط للحصول على هاتين الغايتين هى استعمال  
الاستنشاق بزيت الترميتينا كما ذكرنا ذلك فيما تقدم اذ هذه الوسطة يمكن  
تنقيص الاقراز المرضى ولا بد ومن المشاهد انه بعد استعمال الاستنشاق  
بربع ساعة تقرى ما يحصل عند المريض نوبة سعال قوية بها يستقرخ متحصل

التجاويف الشعبية ويكثر والاستنشاق ثلاث مرات أو أربعة كل يوم  
فكثيرا ما شاهدنا بعض المرضى نجابا استعمال هذه الواسطة وتصل من حالة  
اليأس التي كان فيها إلى حالة تطاق زمن أطويلا

• (المبحث الثاني عشر) •

• (في الغنغرينا الرئوية) •

• (كيفية الظهور والأسباب) •

قد ذكرنا فيما سبق أنواعا مختلفة من التغيرات الغنغرينية في الرئة كاتهاب  
الالتهاب الرئوي يتكون الخراج وكاتهاب السدد الدموية بتسلاشي جوهر  
هذا العضو وفساده وأما غنغرينا الرئة أي موت جوهرها فإنه يتميز عن  
الاشكال السابقة بكونه يطرأ على تنكوز الجوهر المذكور تعفن بمعنى أنه  
يحصل فيه التحلل كما هو وهذا التعفن يحصل بالكثرة في الأعضاء المعرضة  
للحواء كالجلد والزيتين بخلاف غيرها من الأعضاء المصونة عن الحواء  
كالدماع والكبد والطحال فإنها مادامت محفوظة في غلافها لا يحصل فيها  
بسهولة التحلل أجزائها المتكرزة أعني التعفن المذكور وانتقال التنكوز  
إلى الغنغرينا يقوى حصوله متى لامس الأجزاء المتكرزة أجسام غريبة  
تأثيرها كالخبر بحيث تصبح مستعدة للتحلل والتعفن

وحيث ذلك يتضح بسهولة أولان السدد الدموية التي تحدث من امراض القلب  
قد تؤدي إلى غنغرينا رئوية محدودة في الاحوال التي فيها ينقطع ورود الدم  
بواسطة الاوعية المغذية (وهي الشرايين الشعبية) ويكثر حصول هذا الانتهاء  
إذا كانت البورة الاتقالية ناشئة عن سدة سيارة آتية من محل متغفر

ثانيا قد تحصل الغنغرينا الرئوية المنتشرة بدرجة عند ارتقاء التهاب الرئوي  
إلى أقصى درجة أعني متى صار ركود الدم الانتهاء تاما بالكلية ولم يحصل ادنى  
تبادل في الدم ولا تغذية الأجزاء الملتصقة بالكلية ويقوى هذا الانتقال متى  
نشأ عن ركود الدم في الاوعية الشعرية تعقدات في الفروع الشعبية  
الشريانية والالتهابات الرئوية الناشئة عن نفوذ بعض المطعومات وبقاياها  
في المسالك الهوائية يسهل انتقالها إلى الغنغرينا المنتشرة بسهولة تعفن  
هذه الجواهر

وكثيرا ما تحصل الغنغرينا الرقوية المنتشرة سواء بسببها التآب وتوى  
 ام لا وذلك لان المتحصل المتعفن في القدرات الشعبية المنتشرة والجميعية  
 يا كل الجوهر الرتوي المحيط بها فكانه يجذب به معه في التعفن والفساد  
 وفي السكرى يعسر توجيه هذه الظاهرة وكذا الاشخاص الضعفاء البنية  
 بسبب الحرمان وقلة التغذية وكذا كثرة اعتمد الجاذب ولولم يصل الى باطن  
 الشعب اجسام غريبة وكذا حصواها في اثناء سير الجذبات الضعيفة التمثلية  
 كالتيفوس والحصبية والجدرى وفي الحقيقة يظهر ان الاجراء التي  
 اعتمدها سابقا اضطرابات في تغذيتها متى عادت لها هذه الاضطرابات  
 الالتهابية أعقب ذلك موتها التام بسهولة

• (الصفات التشرىحية) •

يميز الغنغرينا الرتوية بالرأى الملم (لينك) شكلان وهما الغنغرينا الرتوية  
 المحدودة والغنغرينا المنتشرة والشكل الاول كثير الحصول فاما  
 كثير اما نجد في بعض المحال من الرتة التي بها يكون في قدر البندقة أو  
 البوزة ان الجوهر الرتوي يكون مستقيلا الى خشكريش الزجاجة ذات لون  
 أحمر مخضر رخوة اقوام منتنة الرائحة شبيهة بالخشكريش الناشئة عن  
 وضع البوتاسا السكاوية على الجلد ويكون محدودا جديدا ومحاطا بجوهر  
 رتوي أوديمياوي وهذه البورة الغنغرينية التي يكون فيها ابتداء بعض  
 صلابة وملصقة بما حواها تستحيل بسرعة الى سائل صديدي يحتوي باطنه  
 على سدة متماسكة مخضرة مسودة مختلطة ببعض جزئيات الجوهر الرتوي  
 المتلاشي ويجلس هذا الشكل من الغنغرينا يكون غالباً دائرة الرتين لاجلها  
 القص السقي ولا يندر أن يستطرق بالبورة فرع شعبي فتسيل فيه المواد  
 الصديدية الغنغرينية فينشأ عن ذلك التهاب شعبي شديد

وقد تتكون الخشكريش في بعض الاحوال بالبليورا ثم تلين فتسيل المواد  
 الصديدية الغنغرينية في البليورا فينشأ عن ذلك التهاب الغشاء المستططن  
 التجويف الصدر (المعروف بالالتهاب البليوراوي) وان كانت البورة من  
 قبل مستطرفة بفرع شعبي نشأ عن ذلك تجمع صديدي غازي في الصدر  
 وفي احوال أخرى قد ينشأ عن هذا الشكل المحدود من الغنغرينا شكل

المتغير بما المنتشر وأحيانا قد ينشأ عنه نزيف من ثا كل بعض الاوعية  
ويشدران يتكون حول هذا الشكل من الغنغرينا التهاب وتوى خلاقي بسيط  
بالبورنة الغنغرينا بنية قستكيس وتتخذ المواد المتغيرة ويحصل التماس بيني  
كذلك كما ذلك في الطراجات الرئوية واما الشكل الثاني وهو الغنغرينا  
الرئوية المنتشرة فلا يشدر أن تصيب أحد فصوص الرئة بتمامه وحينئذ  
نشاهد أن الجوهر الرئوي مستحيل الى من وجع من دخول الصوفان ذي  
لون مسود كربة الرائحة مرشح بمادة صليبية سنجابية مسودة والتغير  
الغنغريني لا يكون محدودا كالاول بل يكون ممتدا اقدر يجافي الجوهر  
الرئوي الاوذي على او التكد المحط به وعند تقدم الغنغرينا الى الصفاق  
المستطين للصدر يتا كل هذا الصفاق ولا يحصل شفا في هذه الحالة فان  
المريض يهلك من الاضطراب العام

وكل من هذين الشكلين قد يؤدي الى دخول بعض جزئيات من الجوهر  
الرئوي الناسد في الاوردة أعني السدد السبابة والى حصول خراجات  
انتقالية في أعضاء مختلفة متعاقبة بالدورة العظمى  
• (الاعراض والسير) •

قد ذكرنا فيما تقدم ان علامات كل من السدد الدموية والبورنات الانتقالية  
في الرئة تكون غير واضحة غالبا وكذا علامات الغنغرينا الرئوية المحدودة  
المتكوثة من سدد دموية أو بورنات انتقالية لا يمكن تشخيصها غالبا الا متى  
وصلت المواد الصليبية الى احد القروع الشعبية وانفذت الى الخارج  
وحينئذ يعرف تشخيص هذا المرض بدون شك من رائحة النفس المتزن  
الرقمي ومن مواد النفت المنقذقة الملوثة بلون سنجابي مسود مائعة ذات  
رائحة كريهة ايضا وقد تسبق رائحة النفس المائعة انخفاف البعث الواصف  
بعض ايام وتتصل مواد النفت في الغنغرينا الرئوية الى جهة طبقات مثل  
مواد النفت الآتية من تجاوي شعبية مقددة وهي طبقة عليا زبدية وطبقة  
وسطى مائعة وطبقة سفلى من راسب كثيف ولون النفت يكون مسودا  
او سحفا ومحتويا على مواد بيجية شبيهة بالصوفان او سدوخوة تحتوي  
على بورنات ابرية وعلى بعض الياف مرنة متعرجة في السير في بعض احوال

نادرة وقد يدل البعث الطبيعي على بعض علامات يرتكن اليها ذلك كصوت  
القرع الطبلي أو الاصم وفي بعض الاحوال تسمع الغاط كهزيمة  
ويوجد عند بعض المرضى من الابتداء انحطاط عظيم فتتغير مخنتهم وتصبح  
من رقة ويصغر نبضهم ويصير سريعا وولكون بسرعة من الحى الضعيفة  
العفنة وبعض المرضى يكاد هذا الاضطراب الثقيل يكفي عزيمة  
وحالتهم العامة لا تكاد تكون مضطربة بل تراهم غير مقهورين على ملازمة  
الفرش وليس عندهم حى وبهذه المثابة يمكن ان يستقر المرض جملة أسابيع  
وفي مثل هذه الاحوال يمكن أن يطرأ زيف بتقدم سير هذا المرض وبه يهلك  
المريض أو يعثر به فيه بعد حى ضعيفة يهلكها ايضا بعد أن كانت حالته  
العامية تحسن تارة وتتناقل تارة أخرى وان حصل اشفا وهذا نادر زال كل  
من الرائحة الكريهة للنفث ويصير مصفرا بالتدريج عند توكيس البورة  
الغفرينية وانكاشها

وعند ظهور الغفريينا الرئوية المنتشرة عقب التهاب رئوى يشاهد في أثناء  
سيره انحطاط بخافى في قوى المريض ويصغر النبض غير منتظم وتغير الصلابة  
وينضم لذلك رائحة منتنة في النفس ونفث مسود مائع ذو رائحة كريهة  
قفاذة وعند ظهور هذه الغفريينا بدون أن تسبق بالتهاب رئوى يشاهد عند  
المريض من الابتداء اعراض الضعف الشديدة مصحوبة بظواهر مرضية  
تدل على دخول جواهر فاسدة متعفنة في الدم كالتشعيرية والهذيان  
والخدر والقواق وغير ذلك وقد ينقطع في مثل هذه الاحوال النفث بالكلية  
اما لكون الغشاء المخاطي الشعبي يتغفر ويصير عديم الاحساس أو لكون  
المريض صار لا يتأثر من جميع المهيجات فيزدرد مواد النفث التي تصل الى  
الحلق فيحصل بدلا عن النفث امهال منتهض وبالبعث الطبيعي يوجد من  
الغفريينا الرئوية المنتشرة صوت قرع طبلي بصير فيما بعد اصم وعند التسمع  
يوجد اللفظ التسقي غير واضح او يسمع خراخر طيبة او قشخ شعبي او كهني  
• (المعالجة) •

معالجة الغفريينا الرئوية ليست جيدة المنفعة والذي أوصى به المعلم  
(اوسكودا) من الاستنشاقات الترمينية يجب اعتباره لاسيما وان هذا الماهل



لذى اوصى بذلك من الاطباء الذين لا يقولون بكثرة منفعة الوسائط  
العلاجية وهل لهذه الوسطة العلاجية كبر فائدة في غير اشكال الغنغرينا  
الرئوية التى لم تكن منسكوكة حول الجيوب الشعبية أولا أمر غير محقق  
ويستعمل كل من التدبير الغذائى المقوى والتبذومغلى الكينا والمنهات  
بالنسبة للحالة العامة وأما بالنسبة للغنغرينا الرئوية فليس لها أدنى منفعة  
وكذا يقال فى خلات الرصاص والكريازوت والقنم

• (فى الدرن الرئوى) •

كلمة درن رئوى لم تزل دائما مطلقة وكثيرة الاستعمال فى السل الرئوى وهذا  
دليل على ان أغلب أطباء هذا العصر وعلى الاكثية لم يزلوا تابعين  
لمذهب لينك ومفسكين باعتبار كل واحد من السل الرئوى وهو السل  
الدرنى وانى اضارب لهذا المذهب من منذ زمن طويل وذ كرت جملة صرات  
اننى مخالفه بالكلية وذلك أن التغيرات الانتهائية المزمنة كثيرا ما تؤدى  
لتلاشى مدفوج الرئة وتكون كهو فيه أعنى تؤدى لال السل الرئوى أكثر  
من الدرن وعشى ان هذا القول الذى يسهل ايضاح حقيقة متى بحث فيه  
مع الدقة والتأمل ينتشر ويصير متبعنا وانطأ الذى وقع فيه الم علم لينك  
ومن اتبعه فى مذهبه لم يحصل من اعتبار الدرن تولدا جديدا مرضيا فقط  
بل من اعتبار تكاثف الجوهر الرئوى متحصلا ناتجا ايضا عن تكون  
لدرن والحال ان منشاء ليس كذلك والدرن تبعاً للأفكار المستجدة وان  
كان من جملة التواليدات الجسدية المرضية الا أنه الآن لا يعتبر كذلك الا  
أحد أشكاله المبينة من قديم وهو الدرن الدخنى الذى هو أحد أشكال  
التدرن المعلوم من قديم بالتدرن الدخنى فانه من الصفات الخاصة بالدرن  
ككونه يظهر دائما على شكل حبيبات صغيرة فى حجم حب الدخن وتلك  
الحبيبات لا تنمو مطاقا وتعتظم حتى يتكون عنها أورام عظيمة الحجم والكبير  
من هذه العقدة الدرنية يكون عبارة عن تراكم جملة حبوب درنية دخنية مع  
بعضها والتسكانات الممتدة المتجانسة والاورام العظيمة التى كانت تعتبر  
سابقا ارتشاحات درنية أو درناهر تشها لا تكون ناشئة عن ارتشاح جوهر  
الرئة بالمواد الدرنية ولا عن تكون درنى منتشر بل عن تغيرات مرضية ليست

نوعية فالذي اعتبره المعلم لينك ومن تبعه ارتشاحا دنيا هي بقايا  
 التآفات منمنة اعتيادية في جوهر الرئة وهذا الخطأ أت من اعتبار  
 الاستحالة الجينية التي تعتبر الدرن غالباً عند استمرار زمانها بلاصفة  
 نوعية للدرن وعلامة دالة على الطبيعة الدرنية لكل تكون مرضي يكادها  
 ومن هذا الاعتبار كان ينسب كثير من المتحصلات لمرضية اللاتمايات المزمنة  
 التي كثيراً ما توجد في الرئة الواقعة في السل الى الدرن الدخني بدون أن تكون  
 متعلقة به وذلك لأن تلك المتحصلات لمرضية اللاتماية تكون غالباً  
 في الابتداء رطبة شفافة ذات لون صباي أو سجاوي محمر وعند استمرارها  
 زمانها ولا تسهل الى مادة جافة غير شفافة مصفرة جبة وأخيراً الى مادة  
 سائلة قشوية أولبنة مختلطة بندف (وهي المعروفة بالقعج الدرن)

ومع ذلك فقد رفض الآن القول بأن الاستحالة الجينية وصف خاص بالتدرن  
 فقد ثبت أن الدرن ليس هو الذي ينفرد به يمكن أن يكاد الاستحالة الجينية  
 فقط بل كذلك غيره من التولدات المرضية التي ليس لها أدنى ارتباط بالدرن  
 ولـك كاعقد السرطانية القديمة والعقد اللينفاوية المستفحة والسدد  
 الدموية والتجمعات الصديقية المتكسبة ونحو ذلك فاطلاق لفظ التدرن  
 على الاستحالة الجينية قدرته فان هذا موجب لاختلاط وتكدوا الاذهان  
 حسمها كمت مضار بالهم من منسجين عديدة

ومذهب (لينك) الذي أهم شي فيه أن السل الرئوي ينشأ دائماً عن تولدات  
 مرضية جسمية (أعني الدرن) فقد تخطل اساسه بالتقدمات القشرية  
 المرضية المنسوبة للشهير (ورجوف) وصار لا يعول على هذا المذهب فضلاً  
 عن كونه أحدث تأثيراً مضر بالقسبة للنفس بالوسائط الواقعة من هذا المرض  
 ومعالجته ومع ذلك فن الأمور المستغربة كون أغلب الاطباء لم يزلوا الى  
 وقتنا هذا متمسكين بهذا المذهب

ثم إن تكاثف الرئة وتهتكها في السل الرئوي وإن كانا شيئين عن تغيرات  
 التماية إلا أنه يوجد في الرئة الواقعة في السل بجوار متحصلات اللاتمايات  
 الربوية المزمنة درن بكثرة جداً حتى أنه انضغ من ذلك أن مجرد تصادف هذه  
 المصاعفة أمر غير قريب للعقل وإن هذا يدل على أن هناك ارتباطاً سببياً

بين التدون وتلك التغيرات الالتهابية وهذا الارتباط طبقاً للمذهب المتسلطن ينحصر في أن تكون الدون هو التغير الابتدائي ثم تنضم اليه تلك التغيرات الالتهابية انضماماً تارة ما غير متعلقة به ولا ينكر أن هذا الأمر حقيقى بالنسبة لبعض الاحوال لكنه ينعكس في معظمها بمعنى أن تكون الدون ينضم في معظم الاحوال للتغيرات الالتهابية الرئوية السابق حصولها لانه من البادر جدا ان التدون يصيب رئة لم يوجد فيها مخصلات الالتهابية رئوية من من قبل

وحيث أن تكون الدون يصح لي دائماً متى انتهت الالتهابات الرئوية السابقة بالانقشاح الجبى في جوهر الرئة وأنه بطراً كذلك بكونه متقى تخلف عن كل من الالتهاب الرئوى اللين والالتهاب الرئوى المزلى الحاد والمزمن اذ تشاح جبى جاز القول بأنه لا يوجد بين التدون والتغيرات الالتهابية السابقة عليه غالباً ارتباط لا واسطى أى ناشئ عن وقوع مرضى أصلى واحد بل ان هذا الارتباط واسطى أى حاصل بواسطة الاستحالة الجينية لمخصلات الالتهابية الرئوية والذي يؤكده حقيقة هذا القول هو انه في الاحوال النادرة التي فيها بطراً الدون في رئة سليمة من قبل يكاد يوجد دون استثناء بورات جينية في غير الرئة من الاعضاء وكذا ان كدم التجارب المعالومة من انه في احوال التدون الممتد يوجد الدون العديد القديم دائماً ويجو والمخصلات المرضية الجينية ومشاهدة الدون بكثرة في الرئتين انما تشأ عن كثرة إصابة الرئتين دون غيرها من الاعضاء بتغيرات مرضية النهاية تكاد مخصلاتها الاستحالة الجينية

تم بعد ان يضاع الايضاح وجود الارتباط السببى بين الانقشاح الجبى من رئة والتدوين الرئوى وذكرنا مفصلاً كثرة مضاعفاتها لبعضها ما اغلنا شرح هذين التغيرين المرضيين الرئيسين من السلسل الرئوى وهما الالتهابات الرئوية المزمنة المنتهية بالانقشاح الجبى والتدون المزمن في حيث واحد ونعقب ذلك في المبحث الرابع عشر بشرح الدون الخفى الحاد الذي لا ينضم الى الالتهابات الرئوية المزمنة على الدوام والذي لا يؤتى مطلقاً تلك الرئة أى للسلسل الرئوى ولو كذلك أن يكون فاعلاً على الدوام

• (المبحث الثالث عشر) •

• (في الارتشاح الجبني وتدور الرئة المزمن المعروف بالسل الرئوي) •

(وبقرحة الرئة عند الاقدمين من الطباء العرب)

النضج الالتهابي كما انه يعتبره استعماله تصمية عند انتهاء الالتهاب الرئوي بالتحلل ثم يسيل ويختصن ببقية هذه الاستعماله التصمية غير تامه عند انتهاء الالتهاب الرئوي بالارتشاح الجبني فيصير النضج باقيا وتضمر الجزئيات الخلوية المحتوية عليها وتفقد شكلها المستدير وتكتمش عقب فقد سائمها وتنفصل الى كتل غير منتظمة الشكل والامر المعلوم من ان منفعلات الالتهابات البسيطة للرئتين كثير اما تكايد الاستعماله الجبنيه بخلاف الاعضاء المتدحجيه التي فيها يندرس انتهاء التغيرات الالتهابيه بهذه الكيفيه ولا يحصل الا عند تكون كهوف مرضيه حاويه للنضج المرضي الالتهابي بوجه بانه يوجد في الرئة في حالتها العصية تجاويف طبيعيه فيها يتراكم النضج الالتهابي في اغلب الالتهابات الرئويه

وعلى ذلك نرفض مع التاكيد الرأي القائل بانه يوجد في الابتداء شكل مخصوص من الالتهاب الرئوي ذو صفة مخصوصة غير عن باقي اشكال الالتهاب الرئوي فيه يحصل الارتشاح الجبني الرئوي واتهاما وتكون كهوف في هذا العضو فان القول بشكل مخصوص من الالتهاب الرئوي وتسميته بالالتهاب الرئوي الدرقي او الجبني من الخطا البيزور مما نتج عنه اضطراب عظيم وتكدر في الاذهان والافق أن يقال عكس المأذكر ولا بد ان كل شكل من الالتهاب الرئوي يمكن أن ينتهي بالارتشاح الجبني في أحوال مخصوصة وانه لا يوجد شكل مخصوص من الالتهاب الرئوي فيه يكون الارتشاح الجبني هو الاتهام الدائم الوحيد ومع ذلك فان الاشكال المختلفة من الالتهاب الرئوي تظهر اختلافا عظيمة بالنسبة لكثرة ما يحصل في النضج الالتهابي من سيرته وامتصاصه أو جفافه ومكابدته للاستعماله الجبنيه ففي الالتهاب الرئوي اللبني يعد هذا الاتهام من التوارد ويتكثف مشاهدته في الالتهاب الرئوي الغزلي الحاد ويكاد يكون دائما في المزمن منه

وانى لافضل اطلاق اسم الالتهاب الرئوى الغزلى المزمن دون غيره من الالتقاط  
على التغيرات المرضية التى شرحها بعضهم ومعها بالتدريج المرتشح  
أوبالارتشاح الهلأى الدرئى كما سماها بعضهم بالالتهاب الرئوى الجبئى او  
الدرئى فان الارتشاحات الرئوية المسماة بالقصبية أو القصية عند امتداد  
التغير المرضى امتدادا عظيما التى تشابه بيض الضفادع فى اللون واللحمان  
المجانسة لانتشاف فقط عن امتلاء الحويصلات الرئوية باخلية جديدة  
مستديرة اعنى التغيرات التشريحية الواضحة للالتهابات الرئوية المزمنة بل  
انها تنشأ كذلك عن امتداد الالتهاب الغزلى الذى الاقراز الغزير الى  
التفرعات الالتهامية الرفيعة من الشعب ومنها الى الحويصلات الرئوية غالبا  
وما كنت أرى التسمية بالالتهاب الرئوى الغزلى المزمن على التسمية بالالتهاب  
الرئوى الهلأى الجبئى بان الاوفق تسمية الشيء باسمه الحقيق اذ بذلك  
يسهل ايضاح اسباب السل الرئوى واعراضه وكذا الوسايط الواقعة منه  
والعلاجية وليس من الصعب ادراك كون الالتهاب الرئوى الغزلى المزمن  
يؤدى فى معظم الاحوال لالارتشاح الجبئى زيادة عن الشك كل الحاد من  
هذا المرض وعن الالتهاب الرئوى اللبئى فانه ينتج عن كل من السير المزمن  
المستطيل لهذا المرض الذى يصطبغ بتركم عظيم من الخلايا الى الحويصلات  
الرئوية ولربما الشجذب من حركة الشهبق عناصر خلوية جديدة من التفرعات  
الشعبية الرفيعة وبذلك تتزايد كمية تلك الخلايا فى الحويصلات الرئوية  
فتتراكم على بعضها بكثرة وتقع فى الفساد والتسكرز

وقد ازدادت اسباب السل الرئوى وضوحا ببيان كون التغيرات الالتهامية  
تؤدى فى معظم الاحوال للسل الرئوى وليست التولدات الجديدة وبكونه  
أيضا عند ما يوجد فى الرئة الواقعة فى السل درن يكاد يسبق ذلك على الدوام  
بتغيرات التآية رئوية تنج عن مكابدة مقصلاتها للاستحالة الجبئية فتكون  
الدرن وبذلك أمكن توجيه جملة أمور عديدة أكيدة لم يمكن توجيهها  
سابقا عندما كان يقسب كل سل رئوى لتكون مرضى جديدي وصارت تلك  
الامور موافقة لنواميس البتولوجيا العامة

ثم ان الاستعداد للسل الرئوى وبعبارة أخرى كقروضنا الاستعداد

للالتهابات الرئوية التي تنتهي بالارتشاحات الجينية يكون غالباً عند  
الأشخاص ذوي البنية الضعيفة القليلة المقاومة

ومع هذا يقال أن الأشخاص الأقوياء البنية ذوي المقاومة الطبيعية  
بالنسبة للأسباب المضرة يكونون مصونين بالكلية عن السل الرئوي فإن  
الاستهزاء النادر من الالتهاب الرئوي اللبني بالارتشاح الجيني مع تلاش تابعي  
في الجوهر الرئوي قد يشاهد أيضاً في مثل هؤلاء السليمين من قبل ولم يكن  
عندهم أدنى علامة على ضعف البنية وقلة مقاومتها كما أن الأطفال الأقوياء  
البنية جداً الجسدي التغذية يمكن أن يصابوا بالالتهاب الرئوي التزلي الحاد  
عقب الحصبة أو السعال التشنجي ثم لم يكون بسرعة وذلك لأن محصول  
المرض المذكور تغذيه الاستحالة الجينية فإن الأحوال العديدة من الهلاك  
التي شوهدت في أثناء سير أوبئة الحصبة أو السعال التشنجي وكانت تنسب  
غالباً من منذ زمن قريب للتدثر معظمها كان ينتج عن الانتهاء المذكور  
للالتهاب الرئوي التزلي الذي يحصل في أثناء تلك الأمراض بل والالتهاب  
الرئوي التزلي الأولي يمكن أن يعتد إلى الحويصلات الرئوية ولو عند  
الأشخاص المتمتعين في الظاهر ببنية قوية وصحة جيدة فإن الأشخاص  
ذوي القامة الربة ليسوا مصونين عن الهلاك بالالتهاب الرئوي التزلي الحاد  
أو المزمن الذي يعقب تأثير البرد وينتهي بالارتشاح الجيني وفساد الجوهر  
الرئوي

وكون الأشخاص الضعفاء البنية الرديئة التغذية أكثر عرضاً بالسل الرئوي  
والوقوع فيه من الأشخاص الأقوياء البنية ذوي التغذية الجيدة لا يتناقض  
موضوع المذهب الذي نحن بصدده

فإن التجارب اليومية قد دلت على أن حالة التغذية الرديئة تفضي غالباً إلى  
قلة المقاومة بالنسبة للمؤثرات المضرة كما أنه ثبت بها أن الأشخاص الضعفاء  
البنية ذوي التغذية الرديئة تعرض بسهولة وتشتفي ببطء بمعنى أنه يكثر تعرضهم  
وأصابة الأعضاء المختلفة من الجسم بالمرض تحتلف كثرة ذلك بحسب السن  
فإن الأشخاص بعينها التي تكون أصيبت في سن الطفولة بالذئبة العنقية  
الحقيقية والكاذبة أو تميجات مهاجرة وطفحات جلدية رطبة تكون في سن

المراحمية عرضة للاصابة بالارتفة الشهية والامراض الرئوية الالتهابية  
 لكن الاشخاص الضعفاء البنية الرديئة التغذية لا يتميز عن اقوياء البنية  
 وذوى التغذية الجيدة فقط بقلة مقاومتهم التي بها تصير مستعدة للتغيرات  
 النهائية رئوية او غير هامة التغيرات الالتهابية بل كذلك تكون الاضطرابات  
 الغذائية الالتهابية التي تظهر عندهم تؤدي غالباً بالتحولات النهائية غزيرة  
 متكونة من أخلية سهلة التلاشي والفساد يقال في مثل هؤلاء الاشخاص  
 ان جلداهم غير قابل للشفاء لان أدنى اصابة بجرحية عندهم تحدث ثم يضاعفها  
 في الاجزاء المصابة به يحصل تكون أخلية صديدية بكثرة وهذه الخاصية فيهم  
 ترجع من جهة النقص أعني بزيادة قابلية التهييج ومن جهة أخرى بأن التهييج  
 الالتهابي للأعضاء ذات التغذية الرديئة وذات النمو غير التام يؤدي لتكوين  
 مثل هذه الاخلية التي تتلاشى وتنفذ بسهولة أكثر من كونه يؤدي لتكوين  
 أخلية ينشأ عنها جواهر التامى جديد

ثم ان تأملنا ما تقدم مفصلاً من التوضيح والبيان ولخصناه بكلمات قليلة  
 استنتجنا منه

أولاً ان تكاثف الرتين وتهتكهما اللذين هما السبب الاصلى للتشريحى من  
 السل الرئوى يكونان في الغالب منحصلات من التغيرات الالتهابية الرئوية  
 والالتهاب الرئوى يسهل انتاجه للسل كلما كان تراكم الخلايا في الحويصلات  
 الرئوية عظيمًا ومكثرت زمانًا ولا اذ ذلك تعد ترى الاستحالة الجبقية  
 الارشاحات الالتهابية بسهولة

ثانياً ان الالتهابات الرئوية المنتهية بالارتشاح الجبقى لا تحصل فقط عند  
 الاشخاص الضعفاء البنية ذوى التغذية الرديئة وانما يكثر ههولها فيهم  
 وهذه الظاهر قسبانية من جهة على ان مثل هؤلاء الاشخاص يكون أقل  
 مقاومة ومن جهة أخرى على ان الاضطرابات الغذائية الالتهابية التي تحصل  
 عندهم يكون لها ميل لتكوين خلاوى عظيم ولد هولاء حصول الاستحالة  
 الجبقية في المتحصلات الالتهابية

وعلى هذا يمكن أن نبين مع الاختصار المسئلة المهمة المتكررة المتبادلة فيها  
 وهى الارتباط ببدء الاختلا بمرسل الرئوى فتقول

العقد الليفافية ~~كثيرا~~ ما تشترك مع غيرها من المنسوجات في سن  
 الطة وإصابة خصوصاً في ازدياد وارتقاء قوة المقاومة المرتبطة غالباً بازدياد  
 في قابلية التمزج وميل المنسوجات المتجهة تهيجاً التماسية تكون خلايا جديدة  
 بكثرة جداً ولذا ترى في الأشخاص الذين لم يوجد عندهم هذا الاستعداد  
 المخصوص أن العقد الليفافية لا تفتح وتلتصق وتفتح في الأعداء وجود  
 التهابات شديدة خبيثة في أجزاء تكون المواد الليفافية لتلك العقد آنية  
 منها بواسطة أوعيتها بخلاف الأشخاص الذين يوجد عندهم هذا الاستعداد  
 فإنه يكفي فيهم حصول تهيجات خفيفة في العقد الليفافية بواسطة التهابات  
 خفيفة جديدة في الأجزاء الناشئة منها الأوعية الليفافية لتلك العقد حتى  
 يوقف فيها التكوينات خلوية غزيرة ولا يحصل أذً في جميع الأحوال بل ولا  
 في غالبها التهاب وتفتح في العقد بل يبقى التغير المرضي الحاصل من تهيج العقد  
 قاصراً على مجرد غزو خلوي واستفاح تلك العقد بتركب الخلايا الطبيعية فيها  
 وزيادة على ذلك فإن هذه الالتفخات الغدية تتحلل ببطء كغيرها من  
 التغيرات المرضية التي تظهر عند مثل هؤلاء الأشخاص أعني أنها تسمى  
 ويحصل في أحوال عديدة احتمالات جينية جزئية أو منتشرة في الغدد المنتفخة  
 وهذا يتم بسهولة كلما كان التراكم الخلوي غزيراً

ومثل هؤلاء الأشخاص الذين تشترك فيهم الأوعية الليفافية في عدم المقاومة  
 العمومية وميل المنسوجات لتكوينات خلوية جديدة غزيرة عند وجود  
 تهيجات التهابية تسمى بخنازيري البنية أو ذات البنية الخنازيرية

ولم يبق على أن الاستعداد في استفح العقد الليفافية بواسطة التراكمات  
 الخلوية عند الأشخاص الخنازيري البنية يكون ولا بد مصاحباً على الدوام  
 لاستعداد عمومي لأصابات مرضية سبباً الأصابات الالتهابية وهذا الأخير  
 يكون غالباً كثير الوضوح جداً حتى أن الأسباب المتعمدة لكل من الطفح  
 الجلدية الخنازيرية والأورام الخنازيرية والالتهابات النزلية الخنازيرية  
 وغيرها من الأصابات الخنازيرية كثيراً ما تدرك وتختفي عليها بحيث يظهر  
 غالباً أن هذه الالتهابات كانت تحصل حصولاً ذاتياً (أعني من نفسها كما تقول  
 العوام) ولا توجد صفات تشريحية مما يمكن التمييز بين الطفح الجلدي



الخنزيري والرمذ الخنازيري وغير الخنازيري منها وانما تعلق تلك  
الاصابات الالهائية بمؤثرات مضرّة واهية وكثرة تردد ها واستعصامها  
التي يرتكن اليها بقطع النظر عن اشتراك العقد اللينفاوية في الحمى على  
طبيعتها الخنازيرية

وعلى هذا فقلة المقاومة بالنسبة للمؤثرات المرضية المضرّة للأشخاص  
الخنزيرية متى لم تزل وتطاني في الزمن الذي فيه تصاب الرئتان على الخصوص  
بالتغيرات المرضية وتكون قد زالت ثمرة حصول الطفحات الجلدية  
الخنزيرية والاصابات النخيشية للقرنية والملحمة ونحو ذلك فلا بد وأن يحصل  
عندهم بسهولة عقب مؤثرات واهية تغيرات التهابية رئوية كما كان يحصل  
عندهم طفحات جلدية وارماد ونحو ذلك وتلك التغيرات الالهائية الرئوية  
تكون ذات استعصاء كالاصابات الخنازيرية المذكورة وهذا الامر يساعد  
على انتهائهما بالارتشاح الجبني

وان تأملنا بقاية الدقة الى الامور التي تورث استعدادا للسل الرئوي طبقا  
للتجارب لا تضح لنا ان جميعها ينتج عنه عوق واضطراب في النمو الطبيعي للجسم  
وحفظه

ففي كثير من الاحوال يكون الاستعداد للسل الرئوي وراثيا وفيما اذا كان  
سبب هذا الاستعداد الوراثي كون الابوين مصابين بمرض السل  
الرئوي جاز التعبير عن هذا الاستعداد بالوراثي وليس المرض نفسه ( كما يقال  
عادة ) هو الموروث بل الموروث هو ضعف البنية وقلة مقاومتها للذات نتج  
عنه السل الرئوي عند الابوين او ظهر فيه ما عقب حصول هذا المرض  
وكل من ضعف البنية وقلة مقاومتها الموروثين عند الطفل قد يكونان متعلقين  
بأسباب أخرى خلاف السل الرئوي فان الابوين المصابين بالسل كما يقتضيان  
ثمرة اطفالا ذوي استعداد للسل الرئوي فكذلك الأشخاص الذين  
اعتبرتهم امراض منهكة أو المنهوكو البنية بسبب الاقراط من الشهوات  
أو المتقدمون في السن ينتجون اطفالا استعدادين لذلك أيضا

ومن جملة المؤثرات التي تمكسب الشخص استعدادا للسل الرئوي أو تزيد  
في الاستعداد الخلقى التغذية غير الكافية وغير الجيدة فتغذية الرضع

فهو الخبز والمجبن بدلا عن ابن الام قد يكون هو الاساس الابتدائي في ذلك  
 فكثيرا ما يستمر مدة جميع سن الطفولية على تدبير غذاء غير جيد بحيث نحشى  
 بطون الاطفال فقط كما تقول العوام بأغذية غير جيدة فتكتسب تبعاً لذلك  
 كلالاً من ضعف البنية وقلة مقاومتها للذين هم عبارة عن الاستعداد  
 للاصابة بداء الخنازير والسل الرئوي ووجود السل الرئوي في الفقراء  
 أكثر منه في الأغنياء بمعنى معظمه على كون الاول يتعاطون أغذية ضعيفة  
 نباتية في الغالب وبذا يوجه كثرة وجود السل الرئوي في المدن العظيمة بمعنى  
 ان هذا المرض تكثر الاصابة به بازدياد تعداد الفقراء فان كلالاً من الجوع  
 والحرمان يكثر كما هو المعالوم في المدن العظيمة ويقط في القرى

ومن المؤثرات المضرة أيضاً مثل التغذية غير الجيدة وغير الكافية قلة الهواء  
 الجيد وليس عندنا توجيه كاف في كيفية تأثير المعيشة الجلوسية المستمرة ولا  
 سيما في الاماكن المظلمة الرطبة تأثيراً مضرًا للجسم لكن من المعالوم  
 الثابت ان كلالاً من داء الخنازير والسل الرئوي يكثر في بيوت اللقطة واليتامى  
 وفي السجون وعند الشغاليين في الورش المجهورين على الشغل طول النهار  
 في محال مغلقة أكثر جداً عما يشاهد عند الاشخاص المتعدين بالهواء  
 المطلق ولا يرتكن الى القول بأن كثرة كل من داء الخنازير والسل الرئوي  
 في هاتيك الاماكن انما تنشأ عن مؤثرات أخرى خلاف الحرمان من الهواء  
 الجيد بل عن الاغذية غير الجيدة وغير الكافية فان الفقراء في كثير من  
 القرى مع كون أغذيتهم أقل جودة وعرضة لمؤثرات مضرة عديدة أكثر  
 من الاشخاص المسيحيين بدون أن يكونوا عرضة للاضرار المدة كورة مثل  
 الآخرين

وليس من النادر أن يظهر الاستعداد للاصابة بالسل الرئوي عند اشخاص  
 أقوياء البنية متعدين بتغذية جيدة ظهوراً واضحاً وذلك لكونهم يصابون  
 بأمراض تعوق قبول الجواهر الغذائية أو مماثلها فان كثيراً من المرضى  
 المصابين بقروح في المعدة وتضيق في المريء والجذاتين المستعنين عن تعاطي  
 الاغذية زمناً طويلاً من يملك ولا يبدأ بالسل الرئوي كما ان كثيراً من  
 المرضى المصابين بالباييطس السكري والخلوورز المستطيل المدة والداء

لزمه في الثلاثي يصاب بالسل الرئوي وأكثر الأمراض الحادة استجابة  
 للاستعداد بالسل الرئوي التيقن من عند ما يكون سيره بطيئاً مستطيل  
 ومن هذا القليل في اكتساب الاستعداد للاصابة بالسل الرئوي تمكيد  
 المقاس والارضاع المستطيل وجلد عميرة والاfrاط من الجماع والمؤثرات  
 النفسية المحزنة المنهكة والاfrاط من الدراسة والحزن المستطيل

واني لأعتقد ان الرأي المنتشر من ان السل الرئوي مرض غير متعلق  
 بأسباب مقعمة وانما يحصل فقط عقب سوء القنية الدنية غير صائب بل وخطير  
 للغاية بالنسبة لحالة المرضى وعدم الالتفات الى التباعد عن الوسائط المتعمة  
 لهذا المرض ولذا كان زعم لينك وتلامذته ان البرد وغيره من المؤثرات المضرة  
 ليس اهمها أدنى تأثير في حصول السل الرئوي وان نزلات المسالك الهوائية  
 المعسلة معالجتها لا تؤدي لحصول هذا المرض مطلقاً أضرب جداً بالنسبة  
 لواقع من هذا المرض ومعالجته ومما يجتدح العوام به جداً انهم عند وجود  
 الاستعداد للاصابة بالسل الرئوي يكونون أشد احتساساً على الشخص  
 المستعد زيادة عما يقال به في الدراسة الطبية

ثم انه يعد من الاسباب المتعمة التي يمكن ان تحدث السل الرئوي عند وجود  
 الاستعداد المتفاوت لهذا المرض جميع المؤثرات التي تحدث تبعاً لآرائنا  
 احتمالات تواردية نحو الرئة والشعب ولذا يمكننا بالنسبة لاسباب المتعمة  
 للسل الرئوي ان نحيل على ما ذكرناه سابقاً بالنسبة لاسباب الاحتقانات  
 الرئوية والنزلات الشعبية

وقد كنت أعلم من الخرافات أومن الأمور غير الجيدة التوجيه الرأي المنتشر  
 عند العوام من ان السل الرئوي كثير ما يعقب شربة باردة جداً عند  
 ما يكون الجسم في حالة حرارة وعرق والاتن بعد تخلصي من مذهب المعلم  
 (لينك) لأقول بعدم تجويز ذلك الكلية بل اعترف انه من الجائز ان تبريد  
 المعدة فجأة قد يؤدي كثير من الجلد فجأة الى تغيرات نزلية او التهابية في الاعضاء  
 الصدرية فتمهي بالسل الرئوي والتجارب المعروفة من انه يمكن تعاطي كمية  
 عظيمة من الماء البارد عند ما يكون الجسم حار بدون أن ينتج عنه في بعض  
 ضرر لا ينافي الرأي القائل بان هذا السبب المضر قد ينتج عنه في بعض

الاحوال تغير مرضي تقبل كما ان تبريد الجلد الفجائي لا ينتج عنه في جميع  
الاحوال مرض عند كل شخص اترقيه ذلك بل في بعض الاشخاص فقط  
وحسب ما يمكن من لواضع توجيه كيفية احداث تاثير البرد في الجلد انظروا  
اضطرابا مرضيا في عضو بعيد عن محل تاثيره فلا يجوز لما انكار القول بأن  
تاثير البرد في المعدة قد يعقبه عين ذلك

وقد شوهدت احوال عنيفة فيها حدث ذات يوم بعد تاثير البرد الشديد سعال  
وانضم له عما قريب مجموع اعراض السل الرئوي ولا بد ان كل طبيب محرب  
في الطب العملي قد شاهد شئ من ذلك

وكون المهيجات في الرئة والغشاء المخاطي الشعبي بواسطة اجسام غريبة لها  
أهمية بالنسبة للأسباب المتبعة للسل الرئوي يشهد ذلك من كثرة حصول  
هذا المرض عند بعض أرباب الصنائع والشغالة الذين يكتفون دائما في جو  
مشحون بالترية ~~كالتخاتين~~ والبرادين وصناع البرايط والسفاليين  
في الموقف والسجاير وهو ذلك

وأكثر الاجسام الغريبة المدخلة للسل الرئوي عقب تمهيج جلد الشعب  
والجواهر الرئوي هو الدم المحتبس في الخلايا الرئوية أو الشعب عقب حصول  
الثقب الرئوي العموي كما ذكرنا ذلك مفصلا عند الكلام على كل من النزيف  
الشعبي والرئوي ثم بعد ان تكلمنا على أسباب التغيرات المرضية الرئوية  
المهمة في احداث السل الرئوي يجب علينا أن نضيف الى ذلك بعض كلمات  
على أسباب تدور الرئة فنقول

اما تكون الدرن في الرئة بدون أن يسبقه مصلات جينية في أحد أعضاء  
الجسم فمعهوله في التدورن الرئوي المزمن المضاعف بتغيرات التهابية رئوية  
مزمنة يؤدي لحصول الدرن منه في التدورن الدخني الحاد (راجع البحث  
الرابع عشر) وأسباب تلك الاحوال الاستثنائية غير واضحة ومع  
ذلك يظهر ان الاشخاص المستعدين لحصول التهابات مع تكونات جينية  
هي الاكراهية بالدورن الدخني الرئوي الاولى اعني بالمعنى المقيد لهذا  
اللفظ

والمواد الجينية المتعلقة بها تكون الدرن في الرئة كرتونا بريا (أو ناوليا)

مجلسها في معظم الاحوال الرثة نفسها وهي عبارة عن متحصلات من تغيرات التهامية رتوية صارت جينية فنقول مع الوضوح حينئذ ان انظر العظيم بالنسبة للمصابين بالسل هو كونهم يصابون بالتدرون والامور التي بها يتعلق انضمام الدرن للارتشاحات الجينية والكهوف لرتوية في كثير من الاحوال وليس في جميعها وبها يتعلق ايضا حصول هذه المضاعفة تارة بسرعة وتارة ببطء خفية علينا وليست معروفة حق المعرفة لكن يظهر ان تكيس المواد الجينية يقي ويحفظ من التدرون

ثم بعد المتحصلات الجينية للتغيرات الالتهامية الرتوية في كتلة احداث التدرون الرتوي الانسكابات البلورية والنامورية التي صارت جينية والعقد اللينفاوية الشعبية الجينية ايضا

وينضم لتلك الاحوال التي فيها الدرن الرتوي يعقب كلام المتحصلات الجينية في كل من التهابات او تدرون الاعضاء التناسلية البولية او المني والعقد المسارية او المفاصل او العظام او الغدد الدائرية

ولذا في بعض الاحوال المهمة يمكن أن يكون اثبات وجودية ايا جينية في أحد الاعضاء المذكورة هما بالنسبة لتشخيص الدرن الرتوي ونحن نظن انه من الجائز ما قريب ستعتبر دلالات استئصال الغدد الدائرية بل ودلالات حلق بعض المفاصل والبرعند وجودية ايا جينية في الغدد المنتفخة او التهابات ذات متحصلات جينية في المفاصل من الامور الواقعة من الدرن الرتوي

وبالنسبة لكثرة حصول السل الرتوي يمكن أن يقال ان سبع جميع احوال الموت أو خسها متعلق بهذا المرض وانه يكاد يوجد في نصف جمث الهالكين بهذا المرض التغيرات الغدائية المتسبب عنها هذا المرض أو بقاياها في الرتين

ومن التادر حصول السل الرتوي في أثناء الحياة داخل الرحم وفي السنين الاول من الطفولية ويكثر حصول التلوات الشعبية مع انتفاخ العقد اللينفاوية الشعبية واستحالتها استحالة جينية والسل المعوي في السنين الاخيرة من الطفولية زيادة عن السل الرتوي وسنذكر في مبحث داء الخنازير كلاما من التلوات الشعبية الخنازيرية ولين الغدد الشعبية واستحالتها

الى الحالة الجينية مفصلا ونقده على سهولة اشتباها تين الحائسين بالسل  
الرثوى الحقيقي وأما نحو سن البلوغ لاسيما بين سن العشرين والثلاثين فان  
كثرة حصول السل الرثوى ترتقي فيه الى أقصى الدرجات ثم يتناقص في هذا  
الزمن تدريجاً بدون ان ينطقي بالكلية في السن المتقدم جداً من الحياة  
ويظهر ان كلاً من الاناث والذكور عرضة للاصابة به على حد سواء  
ولم يثبت القول القديم الجازم بكثرة حصول هذا المرض في الاقاليم الباردة  
وذرة حصوله في الاقاليم الحارة فانه يوجد بقاع في الجهات الشمالية موصوفة  
عن السل الرثوى بالكلية بجزيرة ازلندة

وقد ذكر المعلم (هرمز) بكتاب الشهير المسمى بتاريخ الامراض وانتشارها  
الجغرافي ان درجة الحرارة المتوسطة الناجمة عن الوضع الجغرافي لا يمحس  
ليس لها ادنى تأثير بالنسبة لكثرة حصول السل الرثوى فيه أو قلته وان كلاً  
من التعلبات الجوية العظيمة وعظم درجة رطوبة الجو يساعد على كثرة  
حصول السل الرثوى دون الحال المرتفعة الوضع فان السل الرثوى فيها  
قليل الحصول وذرة حصوله في البقاع الاجامية ليست على الدوام وليس  
ذلك متعلقاً بوجود الدم الاجامى بل بأمر آخر سيعاقله عدداً الى تلك  
البقاع وقلة العمران بها

ويظهر ان المصابين بمرض في القلب مع وفون عن حصول السل الرثوى  
وليس ذلك ناشئاً كما كان يقال سابقاً عن صفة الدم الوريدية بل عن كون  
متحصلات الالتهابات الرئوية التي ~~كثيرة~~ امانتهم لهم ليس لها ميل عظيم  
للانحالة الجينية بسبب كثرة استواء الرئتين على الدم وشدة رطوبتهما  
عندهم وكذلك المصابون بالانقباض الرئوي المزمن يندر حصول السل الرثوى  
عندهم ولذلك سبب آخر وهو ان الرئتين اقل تدهنهما وجفافهما فقيم يندر ان  
تكونا مجمل التغيرات النهائية وان حصل ذلك عندهم كان خطراً استحياله  
النضج الالتهابي الى الحالة الجينية عظيماً جداً كما بيناه  
\* (الصفات التشريحية) \*

يوجد في رثى الهالك بالسل الرثوى عند فتح الجثة تغيرات مختلفة  
كالجفاف المرضية المعبر عنها بالكهوف والارتشاحات الممتدة وغيرها من

تكاثرات الجوهر الرئوي ويكا. يوجد على الدوام كذلك تحبيبات صغيرة  
عديدة تظهر عند شق الرئتين على هيئة بورات صغيرة  
أما التكاثرات المنتشرة في الجوهر الرئوي فمن النادر أن تظهر فيها الهيئة  
الجينية وباقي الصفات الخاصة بالرئة الواقعة في التكبد بواسطة الالتئام  
الرئوي اللين بل في الغالب يظهر في هذه التكاثرات هيئة مستوية قليلة  
اللمعان وسطحها يكون أملس عند شقها كما هي عادة مخصلات الالتئامات  
الرئوية التزلية لاسيما المزمنة وفي الغالب تكون الارتشاحات الهلامية قد  
اعتزتها التغيرات المرضية الواصفة للاستحالة الجينية من المخصلات  
الالتئامية فان كانت هذه الاستحالة حديثة تشاهد على سطح الشق قليل  
اللمعان السنجابي اللون أو السنجابي المحمر ~~تكت~~ت مصفرة متفرقة عديدة  
اللمعان وأما ان كانت تلك الاستحالة الجينية قديمة وجدت تلك الاصفار  
المصفرة آخذة في الانحلال حتى يستحيل جميع الجزء المتكاثف من الرئة الى  
مادة جينية مصفرة والنضج الذي اعتزته الاستحالة الجينية يمكن أن يذوب  
بسرعة ويتلاشى هو والجوهر الرئوي ويستحيل كل منهما الى مادة شبيهة  
بالقشلة أو الصديد وهذه الكيفية تكون مجاورة أو كهوف  
ممتلئة بما يسمى بالصديد الدرقي ومتى حصل استطراق بين تلك الكهوف  
واحد الفروع الشعبية انقذف متجه لها الى الخارج وحدثت تلك الكهوف  
تكون غير منتظمة مشرزمة ويكون الجوهر الرئوي حواها من تشها بمواد  
جينية وأخذاني الذوبان بدرجة متفاوتة في التقدم

والارتشاحات الهلامية أو التزلية التي تؤدي الى هذا النوع من الكهوف  
عقب مكابدها للاستحالة الجينية وذوبان الجوهر الرئوي المرتشح بتلك المواد  
تكون في الابتداء عبارة عن تغيرات مرضية نصيبية غالباً فان كان  
مجلس القصيصات الرئوية المريضة في دائرة هذا العضو شوهدت الاجراء  
المتكاثفة من دائرة الرئتين ذات الاشكال مخروطية وأما اذا كان مجلسها  
باطن الرئتين فانها تظهر على شكل مستدير وان كان التغير المرضي قاصراً  
على محيط أحد الفروع الشعبية المجاورة فانه يظهر على هيئة امتدادات  
مطابقة لاسير الشعب وبامتداد التغير المذكور واختلاط عدد عظيم من

البورات القصصية يمكن أن يتكاثف نص وتوى بتمامه أو رثة بتمامها وتصير  
مجالس التهلكة عظيم

لكن الارقشاح الجبني من الجوهر الرتوي مهما كان شكل الالتاب الناشئ  
هو عنه لا يؤدي في جميع الاحوال بل ولا في معظمها الى تلاشي الاصغار  
المرشحة ارتشاحا جينيا والى تكون الكهوف تبعاً لذلك فإن هذا الامر  
لا يطرأ الا في احوال مخصوصة فيها يكون المرض مرتقيا الى درجة عظيمة  
وينشأ ذلك ولا بد عن كون انخلايا المصمعة في الحويصلات الرتوية لاتراحم  
بعضها فقط بل تحدث أيضا ضغطا في الجوهر الرتوي المحيط به او في أوعيته  
وبذلك تموت جذور تلك الحويصلات الرتوية بسبب انقطاع السائل المغذي  
عنها فنفسد بالكلية ومن الجائز أن النمو الخلوي يتمد من السطح السائب  
للحويصلات الرتوية الى الجوهر الرتوي نفسه فيساعد على حصول الانفصام  
والفساد التكرري فيه

فان كان التكون الخلوي ليس عظيما بحيث يحدث ضغطا عظيما على جذور  
الحويصلات الرتوية والادوية المغذية لها حصل تخن وجفاف بالندرج في  
المواد الجينية وتستحيل انخلايا الضامرة الى بقايا فاسدة تزول منها المواد  
العضوية شيئا فشيئا وترسب فيها مواد كلسية حتى يتكون عن ذلك تجمع  
طباشيري أو طقلي وفي أحوال أخرى تذوب تلك انخلايا الضامرة وتصير قابلة  
للامتصاص وذلك بان نصير استحالتها الشخصية غير التامة تامة

ثم انه في أثناء حصول إحدى هاتين الاستحالتين من العناصر الخلائية المشتغل  
عليها الارقشاح الجبني يحصل في الرثة ولا بد نمو خلوي عظيم فالبوريات  
المتكلسة فتكليس والمسافات التي زالت عنها الاخلية بعد مكابذتها للاستحالة  
الشخصية وسبيلتها تملئ كذلك بجوهر خلوي فالجواهر الخلوي في مثل هذه  
الاحوال لا تعود له قابلية تفوذ الهوام منه بل تستحيل الى مادة يابسة سنية  
وحيث ان الجوهر الخلوي الاخذ في الانكماش ياخذ مسافة اقل من السليم  
الذي حل هو محله تصير الرثة صغيرة الحجم وينخفض الصدر وحيث ان هذا  
الانخفاض لا يحصل الا بدرجة قليلة فالشعب تتمدد على هيئة تجاويف  
مستطيلة أو مستديرة وتكون الكهوف بهذه الكيفية في السل الرتوي



المستطيل السيرهو الغالب وامتصاص المواد الجينية التي اعترضها الاستحالة  
الشهيمية فيما بعد وسالت قد يكون تاما بالسكية بحيث يشاهد عند فتح الجثة  
جوهر رتوي مشتمل على كهوف شعبيه طال عن الهوا بواسطة الالتباب  
الرتوي الخلقي التيسبي بدون أن يشاهد فيه أدنى أثر من المواد الجينية

وكما أن قلة الرقين تكون غالباً بمجلاسا لكهوف متفاوتة الاتساع وفصوصها  
العليا متكاثفة في امتداد عظيم اما بواسطة الارتشاح الهلامي او الجيني  
أو بواسطة التيسب والارتشاح يشاهد عند شق باقي أجزاء الرثة المحتوية على  
الهوا البورات المتكاثفة الصغيرة التي سبق ذكرها بعد عظيم وتكون على  
هيئة تعقدات مصفرة بارزة على سطح الشق ولا ينبغي اعتبار تلك البورات  
المتكاثفة درنا فقد عادت الجارب على أن كثيرا من التكوينات المرضية  
التي يظن بمجرد النظر انها تعقدات دخنية وكانت تعتبر سابقا انها درن  
على العموم ليست الا فروعا شعبيه منقطعة أو قنوات ممتلئة بمواد جينية  
او اخلية رتوية ذات جدر متكاثفة وممر شحوة ارتشاح جينيا ومتى أمكن  
تجنب الوقوع في هذا الخطر عند الحكم على الصفات التشريحية انضج لنا  
انه في كثير من الاحوال لا توجد أدنى درنة في الرثة المصاية بالسل وان كلامنا  
تكاثف الجوهر الرتوي وتهتك انما يكون متعلقا بالالتباب الرتوية  
الآيلة الى التيسب والقساد

ومع ذلك فالذي نعتقد ان الشهير (ورجوف) قد جاوز حد الحقيقة بقوله  
ان مذهب التدن الرتوي حقيقي ولا بد على خطانا وأن كل درن دخني  
في الرثة ليس الا بورات شعبيه أو شعبيه دائرية أو انماية رتوية فانه ليس  
من النادر ان يشاهد في الرثة المصاية بالسل عين التعقدات الشفافة  
السنجاية التي تكون منتشرة في اغلب الاعضاء في احوال التدن الدخني  
الحاد والتي لا يمكن الشك في طبيعتها الدرنية بل والبورات المصفرة الجينية  
من الرثة التي هي بلا شك عبارة عن تعقدات دخنية ينبغي اعتبارها درنا  
متى وجد بيوارها في الرثة التعقدات الدخنية السنجاية ولو وجد في غير  
الرقمن الاعضاء درن سنجابي جيني فانه لا يمكن إقامة الدليل بان هذه  
التعقدات الجينية ليست بدران بل انها متحصلات من الالتباب الرتوية

الحويصلة اذ ليس عندنا علامة كبدية بها تميز الدرن الجبني عن التقرحات  
الدخنية الجنبية الناتجة عن الالتهاب وأذكر ثانيا ما اعتدده من كثرة تكون  
الدرن في الرئة المصابة بالسل ~~تكون~~ وثانيا بعبا يقطع النظر عن تدور الغشاء  
الخاطي الشعبي

ثم اتنا الى هنا قد اعتبرنا في شرح الصفات التشريحية شكل السل الرئوي  
الكثير الحصول جدا الذي يكون فيه هذا المرض متعلقا في جميع سيرة  
بتغيرات النهاية أو الذي فيه ينضم الدرن الى تلك التغيرات الانتهائية في  
الدور المتقدم من السل على شكل مضاعفة ثقيلة بدون أن يكون له مدخل  
عظيم في تهتك الرئة المصابة

وأما السل الرئوي الدرني بعناء الحقيقي أعنى شكل السل الرئوي الذي فيه  
تهتك الرئة يكون متعلقا بلين الدرن وتلاشه وبالالتهابات الرئوية التابعة  
للدرن ففيه يتبدى تكون الدرن تبعا (لورجوف) من الغشاء الخاطي للشعب  
فيشاهد هنا غالبا في القصبة الهوائية والشعب الغليظة طح محببة متكونة  
من درن دخني لا يحصى عدده أو قروح لها صفات القروح الدرقية الاولى  
او الثانوية تبعا (لروكسكي) ويوجد زيادة على ذلك في الشعب الرفيعة خلاف  
علامات الالتهاب التذلي التقيصي تقرحات صغيرة مبيضة أو مصفرة ويتحقق  
فيما اذا صادف الشق محله ان الدرن يكون قد امتد من القرع الشعبي الى  
الخلايا الرئوية الجانبية والانهائية له وبحسب اتجاه الشق تظهر التجمعات  
الدرقية المتكونة بهذه الكيفية على هيئة تجمعات مستديرة أو مخروطية  
الشكل من عقد دخنية وهذه الصفة التشريحية وجودها نادرا ولا توجد  
مطلقا في التدور الدخني الحاد الذي فيه تكون الدرن لا يحصل مطلقا من  
الغشاء الخاطي الشعبي والتغيرات الانتهائية التي قضاغ التدور في أحوال  
السل الرئوي الدرني تكون غالبا اقل امتدادا عن شكل السل الرئوي  
النشئ عن التهابات رئوية مزمنة وعن شكل هذا المرض الذي فيه التدور  
التابعي يضاعف التغيرات المرضية المحمدة تيسر وفساد في المنسوج الرئوي  
في الادوار المتقدمة منها وهذا الامر له أهمية بالنسبة لتشخيص السل  
الرئوي الدرني ومن النادر جدا وجود احوال فيها جرح عظيم من الرئة وافص

رتوى بقسامه يقع في التكاثر بواسطة الارشاحات الرئوية الالتهابية وكذا  
من النادر أن يودى الارشاح الجبني عند تقدم سير المرض الى التيس  
والانكماش والارشاح الجبني يكاد يتلاشى بسرعة بحيث تنشأ كهوف وقة  
احدى الرتين وان وجد فيها بعض أجزاء من دمل متبسة وتعددت جببية  
منجدة وكهوف شعبية لكنه يمكن التحقق من ان تلك التغيرات ليس لها  
ارتباط بالمرض الانتهاء بل متعلقة بتغير مرض قديم انتهى سيره

والشعب مختلف حالته في الرتين المصابين بالسل كما يتضح ذلك مما تقدم  
ذكره فالالتهاب المزلي التقيضي للشعب الرفيعة مع تعدد في قطرها يصاحب  
الارشاحات الهلامية والجببية بل ويسبقها والتمتلك التقرحي لجدر الشعب  
هو الذي يبتدىء به ثلاثي البورات المرتشحة ارتشاحا جينيا وذو بانها يكاد  
يبتدىء دائما حول محيط أحد الفروع الشعبية وهذا الغشاء المخاطي  
الشعبي فانه يظهر عليه في أحوال السل الرتوي الدرني طفق من تعددت  
دخنية ومعظم الكهوف الرئوية في أحوال السل الرتوي المزمن يكون  
ينموها من التددات الشعبية ومن جهة أخرى ينسد عدد عظيم من الفروع  
الشعبية الكاثنة في الجوهر الرتوي المرتشح والتيس والتحصن الصديدي  
للكهوف المتسدة الناشئة عن ذوبان الارشاح الجبني يتصب في احد  
الفروع الشعبية الغليظة فلا يندران تشاهد جملة من تلك الشعب منتهية  
في تلك الكهوف بقوة تارة مستديرة وتارة يضاوية الشكل وتارة منقطعة  
قطعا مستعرضا أو مخرقا ولا تكاد تنتهي بالتهريج وبكيفية غير مدركة في  
جدر الكهف وبالجمل فالغشاء المخاطي للشعب يكون مجلسا لالتهاب نزلي مع  
افراز كثير الخلايا غزيرها ولولم يكن اعتداء تغير عظيم وهذا الالتهاب للمسالك  
الشعبية هو السبب الرئيس في النفث الغزير عند المصابين بالسل الرتوي  
ثم انه ينسد كغيره من الاوعية الدموية لاسيما فروع الشريان الرتوي  
الكاثنة في الجوهر الرتوي المرتشح المتيسن وتكون الاوعية المتسدة  
الكاثنة في جدر الكهوف نوع ثبات بل وكثيرا ما تكون نوع ألجة ممتدة  
من احد جدر الكهف الى الآخر وقد تآكل جدر تلك الاوعية قبل  
انسدادها بحيث ينشأ عن ذلك نزيف غزير يهدد الحياة ولنبه هنا على توزيع

مخصوص للدم يحصل في الرئة التي اعتراها السل وهوان الفروع الشريانية  
 الرئوية في أثناء اتساعها تتمدد الاوعية الشريانية الشعبية فتوصل الدم  
 الشرياني الى الرئة وكذا يتصل من الشرايين بين الاضلاع وأوعية جديدة  
 التكو ينشأ من قعر من خلال الالتصاقات البلورية الى الرئة فالرئة المصابة بالسل  
 تقبل حينئذ دما شريانياً كثر منه في الرئة السليمة وجرم منه يصل الى الاوردة  
 الرئوية وجرم آخر الى الاوردة الشعبية وآخر الى الاوردة بين الاضلاع  
 بعد مروره من خلال الالتصاقات البلورية وحيث ان جريان دم الاوردة  
 الجلدية الى الاوردة بين الاضلاع المتلثة يتعسر به هذه الكيفية فتتلى ثلاث  
 الاوردة الجلدية وتتمدد ولذا يظهر نوع شبه ككة وريدية مفرقة على الجلد  
 الظاهر من الصدر

وتسكاد تصاب البلورية بشكل الالتهاب المزمن لها وذلك حتى امتدت احادية  
 الجوهر الرئوي الى قرب دائرة الرئة فيحصل تخن في وريقتها وتلتصق مع بعضها  
 وقد يكون هذا التخن عظيماً جداً بحيث تغطي قنارتي الرئة بشبه قنطرة  
 ضخمة منسوجة ليقة فلا يتيسر عزل وريقتها عن بعضها ما دون غزق الرئة  
 وكثيراً ما تلتصق وريقتها بالبلورية في جميع امتداد الرئة وحينئذ فلا يوجد  
 تجويف بلوري وري بحيث ان امتداد التخن والفساد الى البلورية لا يحصل  
 تجمع غازي في الصدر وأما عند حصول الفساد السريع والذوبان في احدي  
 البورات الجنبية الدائرية فانه يحصل التثقب قبل ان يتم الاتصاق أو قبل  
 أن يصير متيناً بحيث يمنع من دخول الهواء أو الاجزاء المتفسدة في تجويف  
 البلورية وكثيراً ما يوجد في السل الرئوي الدرني وفي الدرني الرئوي التآبي  
 دون دخني على البلورية نفسها أو على الأغشية الكاذبة المتكونة عقب  
 الالتهاب البلوري المزمن

وأما الكهوف فمن النادر أن يعظم اتساعها بالكيفية التي كانت تعتبر  
 سابقاً انها هي الغالبة اعني بالتلاشي الجنبى من الدفعات الدرنية المستجيبة  
 في جدرانها بل الغالب أن اتساع الكهوف هو ما كانت كيفة تكونها  
 يحصل بواسطة تفرع مرضي دقيق في جدرانها اي ارتشاح ثم تلاش وفساد  
 تآبي

ثم ان المضاعفة الكثيرة للحصول للسيل الرئوى بامراض الخنجرة قد تقدم  
الكلام عليها

وأما مضاعفات هذا المرض الكثيرة الحصول أيضا بتقترح المعى وتدرنه  
والاستحالة الشحمية والقشوية للـ كبد والالتهاب الكلوى الجوهرى  
والاستحالة القشوية لهذا العضو فكل منها مشروح فى محله

وفى الاحوال الحديثة لهذا المرض يوجد القلب الايمن المعوق استقراغ دمه  
فيكون غالبا فى حالة ضخامة وتعدد وأما فى الاحوال المزمنة منه التى فيها  
تكون كتلة الدم متناقصة فان القلب يوجد غالبا ممتعة مصغرة اضامرا

وكثيرا ما يوجد على اللسان وسقف الحنك الهالكين به هذا المرض ترا كانت  
مبيضة كأنهم من ائمن متجين مشتملة على أخيلة فطرية وجوفومات نباتية تشاهد  
بالمكروسكوب

وجثة الهالكين به هذا المرض تكون فى حالة تخافة كلية فيزول الشحم منها  
وكثيرا ما يكون جلدها الرقيق الكثير البياض (ان لم تكن من جنس  
السودان وفقره دم) مغطى بقشور بشرية (وهذا ما يبرف بتريازس  
النموكة) وكثيرا ما تكون الاربجل أو ذىعاوية ولا يشدر أن يكون احد  
الشرايين الفخذية منسد ابسدا ذاتية والفخذ المصاب يكون حينئذ  
مر تشعا ارتشاحا استسقا ثابعا عظيما وتكون الجثة بتمامها خالية عن الدم  
وانما يوجد فى القلب الايمن تعقدات دموية عظيمة رخوة ان كان الموت  
حاصل يبط

### • (الاعراض والسير) •

السيل الرئوى يسير بـ كيفية مختلفة على حسب كون الاعراض متعلقة  
من ابتداء هذا المرض الى انتهائه بتغيرات مرضية رئوية او على حسب  
كونها يَضم اليها فيما بعد تدرن الرئة أو كون هذا المرض يبتدى بتدرن  
فى الرئة وفى مقام الاحوال يمكن تمييز هذه الاشكال الثلاثة عن بعضها  
مع التقرىب ولنبحث ابتداء عن كل عرض يشاهد عند المرضى المصابين  
بالسيل الرئوى على حدة مع اعتبار كل تغير مرضى فيهم يكون متعلقا به  
هذا العرض ثم نبحث فى ذكر وصف سير كل من هذه الاشكال الثلاثة

## مع الابضاح

فمنها سرعة التنفس وهو يحصل في جميع اشكال السبل الرئوي ولو كان بدو حمة مقاوتة وله أسباب مختلفة فتزايد سرعة التنفس الخفيف لا يكون محصورا على الدوام بالاحساس المحجب من التنفس الغير تام والذي لا يمكن اتعلمه الا بجهودات أعنى بضيق النفس فكثيرا لا يحس المريض ولو انما يرون بالسبل الرئوي المتقدم بضيق في النفس الا بكيفية برهية وذلك فيما اذا ازداد الاحتياج للتنفس بازدياد حركة التحليل بخلافهم في أوقات الراحة فان مجهودات التنفس تكفي بدون مشاق عضلية في ادخال كمية كافية في الاوكسجين الى الدم ودفع حش الكربون المتكثرون في الجسم وفي أحوال أخرى قد ينضم للسبل الرئوي سرعة عظيمة مستمرة في التنفس محصورا بضيق فيه وهذه السرعة تزداد ولا بد بالاسباب السابق ذكرها وتكون من الاعراض المتبعة جدا لهذا المرض

ثم ان تزايد سرعة التنفس أعنى ضيق النفس عند المصابين بالسبل الرئوي ينشأ اما عن تناقص منسج سطح التنفس أو عن الالتهابات النزلية المصاحبة لهذا المرض المضيق للشعب الهوائية وتارة وهو نادر عن الآلام وقت التنفس وتارة وهو الغالب عن الحصى وفي الغالب يوجد ضيق النفس عند ما يجتمع كثير من هذه الأمور فيمكن أن يتناقص منسج سطح التنفس بدون أن يحس المريض بضيق في النفس وبدون ازدياد في سرعة التنفس في أثناء الراحة وذلك فيما اذا لم يوجد عند المريض التهابات نزلية شعبية ممتدة ولا آلام عند التنفس ولا حصى فكثير من المرضى ذوي الرئتين المتكاثفتين والمتهمتين في امتداد عظيم بحيث يكاد لا يقرب عندهم نصف الاوعية الشعرية الرئوية الضرورية في التبادل الغازي الرئوي يوجد عندهم متى كانوا على حالة الجلوس والاستلقاء في الفراش حركات تنفسية طبيعية في القعد وهذه الظاهرة توجه بكون الاشخاص السليمي البنية لا يحتاجون الى الجزم صغير من الجهودات المعينة على حصول التنفس لأجل اتعلمه في الحالة الاعتيادية وزيادة على ذلك فمن المعالوم انه عند وجود تكاثفات او تهتكات ممتدة في الرئتين تمدد الحجاب الرئوي الموجودة والتي تكون حافظة لقابلية نفوذ

الهواء فيها تعددًا عظيمًا عند فعل حركة تنفسية اعتيادية بواسطة الهواء  
المجذب اليها وعلى حسب ذلك يندفع منها مادة الرئوية عظيمة في الهواء  
زيادة عما يندفع من أخلية رئوية للشخص سليم وهذا التبادل الغازي  
المتزايد في الخلايا الرئوية الباقية يعادل التناقص الحاصل في التبادل الغازي  
من فقد الخلايا الرئوية المتكاثفة أو المتلاشية

وبواسطة التحبيبات الدريسة التي لا يمكن إثبات وجودها بواسطة العلامات  
الطبيعية غالبًا ينضغط عند عظيم من الخلايا الرئوية المتفرقة وعدده عظيم أيضًا  
من التفرعات الشعبية وبذلك يتناقص ولا بد من تسع سطح التنفس ولذا أن  
سرعة التنفس العظيمة بدون أصحية في صوت القرع أو نفع شعبي تعتبر من  
العلامات المهمة لال در في الحقيقي فإن شوه دمريض مصاب من قبل  
بتكاثف وتهتك من الرئة ولم يكن عند مضيق في التنفس ثم اعتراه سرعة عظيمة  
وضيق في التنفس بدون أن يمكن توجه هذه الظاهرة بامتداد التكاثف  
والتهتك في جوهر الرئة المدرك بالعلامات الطبيعية ولا بزيادة الحمى ونحو ذلك  
كان هذا دليلًا على أن السل الرئوي طرأ عليه التدون فتوجد أحوال فيها  
يمكن الاستدلال من مجرد عدم تناسب بين قلة امتداد التكاثف وسرعة  
التنفس العظيمة جدًا على طرق تلك المضاعفة

ولا حاجة لاطالة الكلام على كون سرعة التنفس عند المصابين بالسل تزايد  
جدا بواسطة كل من الألم البلوري ووروات النزلة الشعبية المصاحبة لهذا  
المرض وامتدادها وكذا بواسطة مضاعفة هذا المرض بالتسكبات البلورية  
أو استسقاءات صديديه أو تجمعات غازية في هذا التجويف

كما وأنه من الواضح أن سرعة التنفس تزداد بواسطة الحمى فإن الحمى عبارة عن  
ارتفاع مرضي في تولد الحرارة فيه تزداد حرارة الجسم فالاحتياج للتنفس يزداد  
في كل حمى كما يزداد في كل مجهود جسمي فانه في كلتا الحالتين يزداد تسكون  
جس السكربون ويزداد الاحتياج أيضا للأكسجين

ومن سرعة النبض الواضحة فانه أيضا ظاهرة من الظواهر الموقظة للظن  
بوجود السل الرئوي ولوقبل البحث عن الصدر لا يوجد النزلات الشعبية  
المزمنة وفي الحقيقة وجود النبض الهادي البطيء في السل الرئوي ظاهرة

نادرة الوجود جدا وان وجدت كانت علامة جيدة دالة على فقد الحمى  
او على وقوف التغير المرضي المحدث للسبل وقوفا وقتيا او بكون مسقرا  
أحيانا

ومنها آلام الصدر والكنتعير وهي ظاهرة قد غالباً في أثناء سير هذا المرض  
جميعه وتصح غالباً التغيرات المرضية الالتهابية أ ثم من التدرن ففي  
الأحوال التي فيها يحصل الشك بوجود بورات التهابية رئوية صغيرة منتشرة  
أودرن ولا يمكن التمييز بينهما بواسطة العلامات الطبيعية يمكن أن تكون  
الآلام البلورية مهمة من حيثية التشخيص والحكم على العاقبة  
سيها وان انضم لها نكث مدم

• (تنبيه) • ألم الصدر في هذا المرض يكون ينبوعه اما تغيرات مرضية  
بليوروية أو ألم عصبي متشعب في الاعصاب بين الاضلاع أو غيرها من  
لتفرعات العصبية او قد يكون حصوله بكيفية ميثانيكية بواسطة مجهودات  
السعال

ومنها السعال والنكث وهما ظاهرتان يسبقان السبل الرئوي في كثير من  
الأحوال بزمان كثير الطول وقليلا ويكونان متعلقين بالالتهاب النزلي السابق  
عليه الذي باسئداده الى الخلايا الرئوية يؤدي لحصول التهاب رئوي نزلي وهذا  
الآخر باسئداده متصلة الى الحالة الحبيبية ثم تلاشيها فيما بعد يؤدي الى السبل  
ومن الأمور المهمة جدا الوقوف على حقيقة الامر عند كل مريض بأن كان  
طرق كل من الحمى والنفث ارتفاع الجاد وشح ذلك حصل بعد أن كان عند  
المريض سعال ونكث غزير من منذ زمن طويل أو بأن كانت تلك الظواهر  
طرات مع السعال وضيق النفس حالا وقيل ان صار النكث غزيرا ففي الحالة  
الاولى التي توجه بكون الحمى والتخافة انضغاطي دور متقدم من التدرن الى  
بأق اعراض هذا المرض يقوى الظن بوجود تغيرات رئوية التهابية وفي  
الحالة الاخيرة بوجود سبل رئوي درني

ومدة الالتهاب النزلي المتقدم على السبل تختلف فقد تشاهد أحوال فيها تظهر  
علامات امتداد هذا التغير المرضي الى الخلايا الرئوية والسبل في الاسبوع  
الثاني أو الثالث من وقت حصوله ومن هذا القبيل ليس فقط أغلب الأحوال



التي فيها يعقب السيل الرئوي الحصبية أو السعال التشنجي مباشرة ويتضم  
لهما بل كثير من الاحوال أيضا التي فيها يسير التدردن الرئوي بهمة الحى  
النزلية والجرب (اى التهاب الشعبى الوباني) وفي أحوال اخرى يشاهد  
استمرار التهاب النزلى السابق على السيل عدة من السنين مع ثورانه في أثناء  
الشتاء وتحسينه في أثناء الصيف الى ان يمتد الى الخلالا الرئوية وفي مثل هذه  
الاحوال يكون حصل سكوت في روع الطيب وذلك لانه مع وجود السعال  
والنفث لا يكون المريض محموا ويكون حافظا لرواه وحالة تغذية عامة جيدة  
الى أن تتغير الصفة المرضية دفعة واحدة وتضع علامات السيل

كما وان المجلس الابتدائي لهذا الالتهاب النزلى الذي يكتب هذا السير  
الطريق تحت في بعض الاحوال فقد يكون مصيبا من الابتداء القروع  
الشعبية الرفيعة كما انه قد يبتدى من الخنجر أو من التسمية الهوائية ثم يمتد  
الى الحويصلات الرئوية ومثل هذه الاحوال كثير جدا كما يضح ذلك من  
شرح الطيب (اندراى) الذي هو من التابعين لمذهب (لينك) في الجزء الرابع  
من كتابه على الاكلينك الباطنى حيث قال

ان الالتهاب النزلى للقنوات الهوائية الذي اعراضه تسبق اعراض الدردن  
الرئوي لا ينشأ على الدوام من القروع الشعبية الرفيعة بل ولا من الغليظة  
فيما فاقا قد شاهدنا جملة مرار مبتدئا من الجزء العلوى من المسالك  
الهوائية فلا يكون في الابتداء الا عبارة عن مجرد التهاب خجري بسيط  
والاخصاص الذين يكونون من هذا القبيل ونبغي تمييزهم عن الذين لا يحصل  
عندهم الالتهاب الخجري الا في دور متفاوت التقدم من السيل الرئوي  
لا يكون ظهور عندهم أدنى شئ من الاعراض الدالة على وجود اصابة رئوية مما  
عند اصابتهم بالذخبة الخجرية لا يظهرواها في الابتداء في خطر ومع ذلك  
فالصوت يبقى أبيض والخنجر تكون مجلسا لاحساس بتضيق لا بالم حقيقى  
وبعد زمن متفاوت الطول يعود السعال ينوب متعبة كثيرا أو قليلا  
والاحساس المتعب الذي يكون في الابتداء قاصرا على الخنجر يمتد  
بالتدريج الى القصبة الهوائية ثم الى الشعب وكل نوبة من السعال تحدث  
نوع احساس بدغدغة وسراقة معتبين بل واحيانا تحدث ألما حقيقيا خلف

القص وهناك ~~ممكن~~ اتباع سير الالتهاب من الابتداء الى الانتهاء الذي  
يعتمد من اعضاء الازدواد والتكلم الى القصة الهوائية والشعب  
وتفرعاتها وحيث يكثر سبب المرض صفة ثقيلة فتضطرب الدورة وتتغير  
التغذية وحيث لا شك في ابتداء تكون الدرن على ما قيل في الجوهر  
الرئوي

ثم ان امتداد الالتهاب النزلي الى الخلايا الرئوية واستحالة ارتشاحه الى الحالة  
الجينية يكثر حصوله عند الاشخاص الغير الجيدى التغذية الضعفاء البنية  
زيادة عن الاشخاص الجيدى التغذية الاقوياء البنية  
والاشخاص الذين يكون اعتراهم مرارا التهابات نزلية وكانت النزلات  
الشعبية عندهم كثيرة الاستعصاء يكونون اكثرهم هذا للاصابة به سنا  
المرض

وبالجمله فقد يدل النفت المنقذ من المريض في اثناء الالتهاب النزلي السابق  
على السل الرئوي على الخطر فانه ان شوهد فيه أشرطة دقيقة ذات حواف  
محدودة واضحة الاصفار كان ذلك من العلامات الخطرة جدا فان هذا يدل  
على أن مجلس الالتهاب النزلي في القروع الشعبية الرقيقة وان متصلة كثير  
الخلايا وعند ما يكون مجلس شكل هذا الالتهاب بهذه الكيفية يخشى جدا من  
امتداده الى الخلايا الرئوية وأغلب الاطباء الذين لم ينضهوا الرأى ما يعتبرون  
ان كل سل رئوي ناشئ عن التدن لا يعتبرون هذا النفت اذا اشرطه  
أو الخطوط الصغيرة علامة للالتهاب الشعبي النزلي السابق على الدرن بل  
علامة من علامات السل نفسه او الدرن الرئوي ثم ان كلامنا السعال  
والنفت يندر أن يفقد في اثناء هذا المرض ومع ذلك توجد بعض احوال  
نادرة فيها كل من ارتشاح الرئة ومكابتها للاستحالة الجينية يحصل بدون  
اصابة متقدمة أوه احيية في الغشاء المخاطي الشعبي وعنده نسل هو لاه  
المرضى يقدم ابتداء المرض كل من السعال والنفت فيكون كل من الحى  
والاضطراب العام وقد الشبهة والضعف وانحافه ~~ممكن~~ كونه بالاعراض  
الواضحة العسيرة التوجيه الى أن يدل البحث الطبيعى للسدر على حقيقة  
الامر

وكذا عند ما يكون السيل الرئوي معصوبا بالسيل المعوي وحصل اسم الغزير  
قد يتناقص كل من السعال والنفت ولوفي الدور المتقدم من هذا المرض  
أويقة بالكلية وهذه الظاهرة توجه بكون التهييج الشديد في الغشاء المخاطي  
أحدث ولا يتخو بلا عظيم من الغشاء المخاطي الشعبي

وأما السعال اللاحق أو المفقود الرئوي فبعدم من العلامات المهمة للسيل الرئوي  
الدوني والسيل الناشئ ابتداء عن تغيرات انتهائية مقسدة وتضاعف بالدرن  
والاحوال الغريبة التي فيها يكون تغير الصوت وقد درناية السعال  
عند المصابين بالسيل الرئوي ناشئين عن الضغط الواقع من التكاثرات  
البيرواوية على العصب الرابع وشلل الاحبله الصوتية نادرة جدا بالنسبة  
للاحوال التي فيها يكون العرضان المذكوران ناشئين عن قروح دنيئة  
في الغشاء المخاطي الخجري ولذا متى صار السعال في أواخر السيل المتقدم  
أصح فاقدر الرئوي دل ما ذكر على تمدن تابعي وأما اذا كان السعال من الابتداء  
لا سيما في الزمن الذي فيه لم يرزل النفت لجاشدا فالويل للبحث الطبيعي عن  
الصدر على تغيرات مرضية واضحة ساغ الظن بأن هذا السيلادينا ابتداء  
ولا يندر أن يتبدئ تكون الدرن في الشعب والخجيرة ثم فيما بعد يمتد إلى  
القروع الشعبية الرقيقة

وأما النفت الذي يتدفق في أثناء سير السيل الرئوي فان معظمه يكون متحصلا  
للالتهاب النزلي الشعبي المضاعف لهذا المرض الا انه يظهر فيه بعض اوصاف  
خاصة بها يقوى التأكد من تشخيص هذا المرض

ومن الامور الحقيقية ما قاله كاستات ان من الاعراض المهمة الموقظة  
للظن بوجود تمدن الرئوي بقاء النفت حافظا للصقة النخبة زمنا طويلا  
كصفة النفت في الالتهاب الشعبي الحاد مع استمرار السعال المستعصي  
والحي فان تكون الدرن في الغشاء المخاطي الشعبي يصطبب ولا يتبع السعال  
مسقروم ولم ينفث جزئي قليل المواد ذات الشكل وهو المعبر عنه عند الاقدمين  
بالنفت القج وعند المتأخرين بالنفت المخاطي

وان تحقق بالبحث المكرو سكوبي ان النفت المشتمل على أشرطة مصفوفة  
واضحة محتوية على الياف مرنة تعرف بوضعها وتخرجها انما آتية من جدار

الخلايا الرئوية صار الظن الذي يحشى من وقوعه عند ظهور هذا النفث  
أمرا محققا فان التكون الخلوي يكون قد امتد من سطح الغشاء المخاطي  
الى جدر الشعب وما يحيط بها وحينئذ اثبات وجود الالباف المرنة في النفث  
علامة أكيدة على السل

وأما اختلاط الدم بالنفث المخاطي الصديدي اختلاطا قويا بحيث يكتسب  
لونا احمر مصفرا مستويا علامة مشخصة للالتهاب الرئوي المزمن بحيث  
يستدل مع التقريب من وجود هذا النفث في أثناسية الالتهاب الرئوي الشعبي  
المزمن على امتداد هذا المرض الى الخلايا الرئوية

واما ان تكونت كهوف في الرئة فان النفث يكتسب ولابد شكلا مخصوصا  
يعتبر عموما واصفا للسل الرئوي ويعتبر كذلك بغير حق واصفا للدرن الرئوي  
فيوجد في اناه البصاق نفث مستديم في شكل قطع المعاملة ذلولون سنجابي  
منعزلة قطعه عن بعضها باقر از مخاطي شعبي صاف متقاوت الكمية وان  
القط هذا النفث في كوبة عميقة شوهة فيه اكر مستديرة غير منتظمة  
التكور وغير شفافة وذات دائرة مشرزمة تسقط في قاع هذا الاناميط  
وهذا النفث الكري المذكور يكاد يعتبر عند الاقدمين من الاطباء علامة  
أكيدة على وجود كهوف في الرئة وبالبحث المكروسكوبي يشاهد انه  
متكون من أخلية جارية جيبية مكابدة للاستحالة الشحمية ومن كمية عظيمة  
في جسيمات زاوية وبقايا حبيبية رفيعة وكثيرا ما يوجد فيه الباف مرنة آتية  
من جدر الخلايا الرئوية وفقد الشفافية والتلون السنجابي المائل  
الى الخضرة للنفث ناشئان عن كثرة احتوائه على عناصر ذات شكل تحتاط  
به عنده مكشاة من اطويلا في الكهوف الرئوية وأما الشكل المستدير للنفث  
فهو ناشئ عن كونه عييل ولو بعد اقله اقله لفظ شكل التجاوب الرئوية التي  
كانت مشتملة عليه وأما ميله الى السقوط في قاع الانام من الافراز الشعبي  
فناشئ عن قلة اختلاطه بالهواء وهو في الكهوف الرئوية بخلاف الافراز  
الشعبي المضطرب على الدوام بحركة هواء الشهيق والزفير فانه يحتوي على  
قاعات هوائية ويكون خفيفا

وأما الجزيئات الصغيرة المستديرة الجبينة السكرية الرائحة التي تشاهد

أحيانا في النفت وتعتبر عند العوام علامة كيدة على الدون فانها تكون عادة آتية من هالات اللوزتين ويسد وجوده وادخسه كبريشية فقيرة صغيرة آتية من جدر الخلايا الرئوية والبحث الكيماوى لا يستدل منه على شئ في التمييز بين النفت المنقذ في التهاب الشعبى الرئوى البسيط والسل الرئوى

وأما الحى فهمى من الاعراض الملازمة للسل الرئوى سواء كان ناشئا عن التهابات رئوية او تدرن وقد اوضح (عسم) ان امتداد الالتهاب الرئوى الشعبى الى الخلايا الرئوية عند الاطفال يصطب على الدوام بارتفاع عظيم في حرارة الجسم وسرعة في النبض وعين ذلك يحصل في ابتداء الالتهاب الرئوى الرئوى عند الشبان وزعم (لوى) من انه في معظم الاحوال (اعني اربعة اخماس المرضى) لا تحصل لهم الحى الا في دور متقدم من التدرن الرئوى مبنى على ان المؤلف المذكور عتسك بذهب (لينك) ويعتبر الالتهاب الرئوى الاولى ناشئا عن التدرن السابق الحصول وكثيرا ما يتهنا على نتائج هذا الزعم الخطرة ونقول مع التاكيد انه بالملاحظة الدقيقة لحرارة الجسم وسرعة النبض في كل التهاب شعبى رئوى بسيط والمعالجة الدقيقة لكل حالة فيها يظهر في اثناء سير التدرن الشعبى المزمنة يمكن ولا بد تجنب ظهور السل الرئوى وامتداده وكان ظهور الحى علامة مهمة دالة على امتداد الالتهاب الرئوى من النشاء الخاطى الشعبى الى الخلايا الرئوية فكذلك استمراره يبدل على ان التغيرات الالتهابية الرئوية لم تقطع سيرها ولم تنته وأقواس الحرارة المبينة عند درجتي حرارة المصابين بالسل الرئوى تكون غالباً مساوية لبعضها تساوياً عظيماً بحيث يكاد يحكم منها مع التأكد كيد على السل الرئوى كما يحكم من أقواس الحرارة في التيفوس والالتهاب الرئوى اللبني الحاد على هذين المرضين والفرق بين حرارة الصباح والمساء يكون عادة من درجة الى درجة وخمسة خطوط مئيشية ويسد أن يكون أقل من ذلك وكثيرا ما تكون درجة الحرارة في الصباح طبيعية تقرى باختلافها في وقت الظهور والمساء فانها تصل الى درجة ٣٩ بل ابلغ ومير الحرارة المذكور ايس خاصا بجميع انواع حى الدق فاما ان تارنا أقواس الحرارة عند شخص مصاب بالسل ونخص آخر

معتبره تقيده دائري من من كالتسوس وقهوه اتضع لتافرق عظيم بالقسبة  
لاتنظام الاشطاط الصباحي والثوران المسائي والى الآن لم تنته الابحاث  
العديدة عن حي الدق عند المصايف بالسل لاسباب الامور التي بها يضطرب  
سيرها المنتظم ومع ذلك يمكننا أن نقول مع التأكيد انه في أحوال السل  
المدري بالمعنى الحقيقي له وفي أحوال طرق التدرن على الالتهابات الرئوية  
المفسدة يكون الفرق بين حرارة الصباح والمساء قليلا غالبا ولذا يستنتج من  
ذلك جودة في الحكم على العاقبة مادام طرز الحى مترددا أو منقطعا  
بخلاف ما اذا كان قريبا من الطرز المستقر فانه في الحالة الاولى يمكن تلطيف  
سير الحى أو قطعه بالكلية وتحمين حالة تغذية المرضى وقوتها بخلافه عند  
المرضى الذين لا يوجد عندهم الشطاط صباحي فلا يشاهد حصول هذا  
النجاح

وصق تكتسب المواد الجينية أو حصل فيها ذوبان نابي وامتصت أمكن أن  
تزل الحى بالكلية ولذا لا يندر فقد الحى بالكلية عند بعض المرضى الموجود  
عندهم كهوف عظيمة في قمة الرئين وفي مثل هذه الاحوال أي التي ينتهي فيها  
الالتهاب الرئوي بالتيسر يوجد تفاوت عظيم بين العلامات الطبيعية  
والنفس الكرى الذي يتقذف صباحا كل يوم وبين الحالة الصحية العامة  
للمريض وهيبته الصحية وقواه وتغذيته الجيدين وقد اوضحنا فيما تقدم ان  
مثل هؤلاء الأشخاص ولو انتهى مرضهم بشفاء نسبي يكونون على الدوام  
مهتدين بالوقوع في السل عقب نكسات التغيرات الالتهابية الرئوية أو  
التدرن التابعي للرئة ولذا كان من الموصى به في الطلب العمل الاسراع على  
وزن جسم مثل هؤلاء الأشخاص وقياس درجة حرارتهم حتى يعلم ان كان  
هذا العارض وقع عندهم أم لا ومن هذا الايضاح يستنتج ان معرفة قياس  
درجة الحرارة مهمة جدا في تشخيص السل الرئوي والحكم على عاقبته  
ومعالجته وأقل ما هنا كانهما مهمة فيه كما في غيره من الامراض

وأما فقر الدم والنحافة فهما عرضان استعغار السل منهما اسمعه وذكرا  
لهما هنا بعد الحى ناشئ من عدم شكا في كونه الحى هي الينبوع  
الاصلي لهما ويميل على حقيقة الفطريات القاذلة بان ارتفاع حرارة

الجسم ارتقاء مرضيا عما ينتج عن ازدياد تولدها التناقص السريع في وزن الجسم ولو بعد الحى القصيرة المدة وقد ثبت لنا بالقياسات العديدة للحرارة في الاكلينك عند المصابين بالسسل الرئوى أن نقص وزن الجسم أو ازدياده مرتبط ولا يذ بارترقاء الحى أو زوالها والرائى القائل بأن الحى الخفيفة الشدة المستمرة يقل حصول التهوك فيها سيما متى لازم المريض القرأش أقل من حى الدق التى فيها الحرارة اليومية للجسم تكون طبيعية تقريرا في بعض الساعات ثم ترتقى ارتقاء سريعاً عاصرياً للغاية وعلى كل حال فتولدها الحرارة وتفسد عندهم الجسم مدة الارتقاء السريع عظيم جداً كما أثبتته (ايمرن) ونحن نقول بهذا القول ومعرفة كون الحى هى التى ينتج عن انهموك الجسم وفقد قواه عند المصابين بالسسل مهمة جداً بالنسبة لمعالجة هذا المرض

### \*(العلامات الطبيعية)\*

أما البحث بالنظر فيستدل به عند كثير من المرضى المصابين بالسسل الرئوى أو المظنون وجوده عندهم على الهيئة السلية ويعنى بذلك صفة مخصوصة من الجسم تدل على علم تمام تغذيته وتكوينه وهى توجد عند الأشخاص الذين اثرت في أجسامهم مؤثرات مضعفة عاتقة لتتمام نموها فاعظام مثل هؤلاء تكون دقيقة وجلدهم رقيقاً ووجنتهم حمرة وصلبة أعينهم مزرقاة والمنسوج الخشوى تحت الجلد قليل الشحم وعضلاتهم قليلة القوة وعضلات العنق تسمع عندهم بسقوط الصدر بحيث يظهر العنق طويلاً والعضلات بين الاضلاع تسمع بتباعد الاضلاع عن بعضها تباعداً عظيماً فتكون المسافات بين الاضلاع عريضة وزاوية اندغام الاضلاع في القص أكثر حدة ويحويف الصدر جميعه أكثر تفرطاً وضيقاً واستطالة عن اقوياء البنية العضليين وكثيراً ما تكون الكتفان متجهتين وساقطين الى الامام والجافتان الانسيبتان لعظمى الكتف باوثنين على شكل جناحتي

ثم انه في العصر الاخير لم يلتفت الى أهمية الهيئة السلية بالنسبة لتشخيص السسل والحكم على عاقبته ولا يشك في ان الهيئة المذكورة توجد عند أشخاص

كثيرين مع بقائهم مصونين عن الاصابة بالسل الرئوي ويعمرون طويلا لان ذلك لا ينافي القول بان الهيمنة السلية علامة قوية على ضعف البنية وسهولة اصابته او على وجود استعداد للسل فان وجد عند مريض ذى هيمنة سلية نزلة شعبية في قمة الرئتين خشى ولا بد من ان يمتد ذلك الى الخلايا الرئوية او ربما كان قد امتد بالفعل أكثر مما اذا كان هذا التغير الرئوي مصيبا لشخص عضلي قوى البنية

واما انخفاض القدرة فوق الترقوة وتحتما في كلتا الجهتين او في جهة واحدة الذي كان يعتبر عرضا مهمما للسل الرئوي فلا يدل على تدور رئوي ولا نضج جيني ولا تلاش في الجوهر الرئوي بل لا يدل الا على مجرد صغر في حجم قمة الرئة بواسطة التيسر أو الانكماش وحيث ان هذا التغير هو الذي يحدث بانفراد انخفاض الصدر كان هذا العرض علامة مهمة دالة على انتهاء مجرى أو على شدة انسي للتغير المرضي الغذائي الذي هو منشأ للسل الرئوي غالباً وانما في الاحوال التي فيها يوجد بجوار هذا العرض اعراض أخرى دالة على تقدم التمثك المرضي ساغ الحكم بوجود السل الرئوي وتخصيصه

واما ضعف الحركات التنفسية في الاجزاء العليا من الصدر فانه ان وجد مصاحبا لانخفاض الاجزاء المذكورة كان دالا ولا بد على ما دل عليه هذا الانخفاض فانه في مثل هذه الاحوال لا يطارع الجوهر الرئوي المتكش أو التيسر جذب عضلات الشهيق وان كانت الاجزاء الباقية على ضعف حركتها مدة الشهيق حافظة لتحديها الطبيعي وكان مع ذلك صوت القرع أصم فارغا جازا لحكم حينئذ على وجود تكاثف عمدة في الجوهر الرئوي وفي الغالب على وجود نضح التهابي رئوي وأما ضعف حركات التنفس في جرن من الصدر فانه لا يستدل بالقرع على أهمية بل على انقطاع طبيعي أو فارغ طلي فانه يستتبع منه وجود الدرن لكن هذه العلامة ليست أكيدة فان الالتهابات الرئوية القصبية المنتشرة يمكن ان تضعف حركات التنفس بدون احداث أهمية في صوت القرع

وأما ضربات القلب المعتدة كثيرا وتحول قته الى الوحشية فانها توجد بكثرة في أوال تيسر النقص الرئوي العلوي اليساري وانكماشه اذ بذلك يتعري



التامور في امتداد عظيم وينجذب القلب الى اليسار وهذا العرض يدل  
 كاختساف جدر الصدر على شفاء نسبي للتغير الرئوي فلا يجوز الحكم به على  
 وجود السل الرئوي الا متى وجدت اعراض تهتك الرئة بواسطة تغيرات  
 النهائية رئوية او دزنية وحشي وتناقص عظيم في وزن الجسم

وبالبحث بالجس الذي كان يستدل به سابقا على امتداد حركات جدر الصدر  
 وتحول القلب يستدل كثيرا على تغير في الاهتزاز الصدري أى القوج  
 الصوفي عند المصابين بالسل الرئوي فكثيرا ما يكون هذا الاهتزاز متزايدا  
 أعلى الكهوف الرئوية العظيمة المحتوية على هوا المستطرفة بفرع شعبي  
 وكذا الارتشاحات القصصية الرئوية والتسدرن الرئوي الممتد الذي يؤدي  
 لاسترخاء في الجوهر الرئوي يمكن بها ازدياد الاهتزاز الصدري ومع ذلك  
 فان هذا القوج الصوفي لا يمكن الارتكان اليه في تشخيص السل الرئوي  
 الا نادرا كما ذكره (سايكس)

واما البحث بالقرع فيستفج منه علامات مهمة في تشخيص السل الرئوي  
 حيث بواسطته يمكن بسهولة معرفة الحد العلوي من الرئة (كما قاله سايكس)  
 وهذا في الاماى اسهل منه في الخلفى وعند افتتاح القم أسهل منه عند انغلاقه  
 وذلك ان اللغظ الطويل للقصبة الهوائية حينئذ يسهل اتصاحه عن اللغظ غير  
 الطويل لقمة الرئة ولذا ينبغي عدم الاهمال في البحث بالقرع عن قمة رئة  
 المصابين بآفات رئوية مزمنة اذ من المحقق ان ارتفاع قمة الرئين متساو  
 في كلتا الجهتين في الحالة الطبيعية وبالقياس من الترقوتين يتضح ان هذا  
 الارتفاع يبلغ من ثلاثة الى خمسة سنتيمترات وعند وجود اصابات مزمنة  
 في الرئين كثيرا ما يوجد في الجهة المصابة انخفاض في قمتها فانخفاض الحد  
 العلوي من قمة الرئة يستدل به كاختساف الحفرة فوق الترقوة او تحتها على  
 تيبس وانكماش في تلك القمة واصحية صوت القرع التي تشاهد بالخصوص  
 في القسم فوق الترقوة وتحتها وعلى نفس الترقوة وكذا في الحفرة فوق الكتف  
 والشوك في الظهر تعتبر علامة واصفة للسل الرئوي عند الاطباء بل والعوام  
 وأغلب المرضى الذين يستشيرون طبيبا بعد آخر يعلمون جيد امتداد الاصمجة  
 وما كانت عليه من الاتساع في البحث السابق واللغظ الاصم في الاجزاء

المذكورة يدل على ان الجوهر الرقوى مرشح في امتداد عظيم أو متينيس  
 بواسطة تكون خلوى فيه ولا ينشأ عن التسديد مطلقا كما كانت عند جد  
 بحيث يصير صوت القرع أصم وبالجمله فن الجسد على وجه العموم كون  
 امتداد الاصحية مطابقة الباقي الظواهر المرضية وازدياد الاصحية متناسبا  
 بالنسبة لازدياد المرض وان كان الامر بخلاف ذلك خشى من كون المريض  
 مصابا بتسديد الرئة وصوت القرع غير الاصم وان كان فارغا أو طبليا يمكن  
 وجوده في احوال الارتشاحات القصصية الرئوية والحرن المشفى ان نشأ  
 عنهما تناقص في التحصل الهوائى للرئة واسترخا في جوهرها لكن الاغلب  
 ان لا يوجد في مثل هاتين الحالتين تغير في صوت القرع وأما اللفظ الطبلى  
 الواضح فانه يشاهد أعلى الكهوف الرئوية المحتوية على هواء وان حصل  
 تغير في ارتفاع هذا اللفظ بواسطة فتح القم وانغلاقه كان هذا دليلا قطعيا على  
 وجود كهف رتوى

وعند وجود رتأة معدنية في صوت القرع وهى ظاهرة نادوة في السل الرتوى  
 يحكم بوجود كهف عظيم فارغ ذى جدر ملسا منتظمة أسفل المحل المقروص  
 وذلك متى كان الطيب متا كذا من عدم وجود تجمع غازى في الصدر واما  
 ما يسمع عند القرع كصوت الاناء المشعور فانه ينشأ عن طرد الهواء من  
 كهف سطحي رقيق الجدر عند القرع عليه الى كهف مجاور له او فرع شعبى  
 والبحث بالتسمع كثيرا ما توجد اعراض واصفة بزيادة عند النفخ والتكلم  
 الشعبين واللفظ الكهفي وهى علامات النزلة الشعبية التى تسير جلة اسابيع  
 بل واشهر قاصرة على قمة احدى الرئين ويندر أن لا يسمع في هذا المحل الا  
 خراخر كما ذكرنا بل الغالب ان يوجد عرض مهم وهو ان اللفظ التنفسى  
 الحويلى يصير فيه ضعيفا غير واضح بسبب تعاقب عدد عظيم من القروح  
 الشعبية أو انسدادها أو أن التنفس يكون أشد حدة ولفظ الزفير أكثر  
 استطالة وهذا ناشئ عن شدة احتكاك الهواء عند الشهيق والزفير مدة  
 مروره من الشعب المتضايقة أو المنضغطة بواسطة التهاب التزلى وزيادة على  
 ذلك فالغشاء المخاطى لهذه الشعب ينفذ الاستسمة ومدة الزفير تكون غالبا  
 أكثر طولاً من مدة الشهيق بل كثيرا ما تكون حركة التنفس متقطعة وبالجمله

فمن العلامات المخوفة بكمثرة وجود غيرها من مخاطية رقيقة في قمة إحدى الرئتين  
عند التسمع لاتزول الا بزوال البرصا عقب نوب سعال شديدة  
ثم ان وجود هذه الظواهر بانفرادها وان عول عليها في الوقوف على حقيقة  
تشخيص السيل الرئوى الا أنه توجد ظواهر أخرى جديدة تؤيد الاولى وهى  
انه متى وجدت كهوف رئوية أو فروع شعبية غليظة منفصلة عن جدران الصدر  
بفسوح رئوى خال عن الهوا سمع ما يسمى بالنفخ والتكلم الشعبين لكن  
مع ذلك يبقى القلب بأمرين أحدهما ان التنفس الشعبى قد يفتقد ولا يسمع  
الاخر ضعفية أو تنفس غير محدود ولو كان جوهر الرئة كما بد التكاثر  
عظيم وفي باطنه كهوف عظيمة وذلك عند امتلاء تلك الكهوف والشعب  
بافراز مرضى ولذا لا يسوغ عند فقد التنفس الشعبى الحكم بعدم وجود  
كهوف رئوية في الرئة الا كان الحكم بدون تأمل وثانيهما ان التنفس الشعبى  
الذى يسمع في الصدر يبقى على حاله سواء تولد في الشعب أو الكهوف الرئوية  
حينئذ لا يكفى معاها بانفرادها في تشخيص الكهوف الرئوية وفي قابل من  
الاحوال يكفى تسمع الغاط في الصدر بانفرادها لتشخيص هذه الكهوف  
تعرف بالالغاط الكهفية ويسمى الغط التنفسى الكهفى بالتنفس الانقورى  
اى الصداق والخرخر الكهفية بانظر اخر المعدينية وانفجار الفقاعات في هذه  
الكهوف بالرئانة المعدينية ويمكن احداث هذه الالغاط بالصناعة أى بواسطة  
النفخ في فوهة زجاجية مقنطرة أو بوضع سائل فيها واحداث حركات فيه ثم  
ترجيقه قرب الاذن أو بإسقاط نقطة ماء فيها وهى بقرب الاذن والالغاط  
الكهفية لا تتم في الرئة الا اذا اشتملت على الامور المماثلة لما سبق ذكره  
يوجد فيها تجويف ذو جدران مساء على شكل جدران الزجاجية أى متباعدة عن  
بعضها من الوسط فيكون منشأ الالغاط حينئذ تنوجات رنانة منعكسة  
بواسطة جدران منتظمة وأما المقياس التنفسى أى الجهاز الذى تقاس به  
قابلية الرئة للهواء أى مقياس كمية الهواء الخارجة من الرئة بعد الشهيق  
العميق فجدواه قليلة في تشخيص السيل الرئوى وذلك في الاحوال التى  
يستدل فيها من القرع والتسمع على شئ به يظن بوجود السيل الرئوى عند  
وجود سعال مستعص كالذى يكون في المصابات بالسل ووروز

ثم ان قابلية الرئة للاحتواء على الهواء تختلف باختلاف الاطاليم فقابليتها  
مثلا في بلاد الانكليز في شخص قوى البنية تعادل ٣٨٠٠ سنتيمتر مكعب واما  
في بلاد الجرمانية فتعادل ٣٣٠٠ كما انها تختلف ايضا باختلاف الجنس  
والسن وعظم الجسم وطوله بحيث انه مثلا عندما يكون طول الجسم من خمسة  
اقدام الى ستة فان كل قيراط من هذا الطول يزيد في قوة قابلية الرئة ١٣٠  
سنتيمتر مكعب وهذه الامور وان اعتبر جميعها بالدقة لا بد من وجود اختلاف  
عظيم على حسب تكون الاشخاص المقعولة فيهم هذه التجارب ذوى  
ممارسة في اجراء التنفس العميق والرفير المستطيل أم لا فعلى حسب ذلك  
يتضح لنا ان قوة قابلية الرئة للهواء وجودها على الحالة الطبيعية تثبت لنا  
سلامة هذا العضو وان تناقص القابلية الطبيعية فيه لا تعد لنا على شئ بالنسبة  
لتشخيص السيل الرئوى وأما التناقص العظيم جدا في قابلية هذا العضو الذى  
يعادل مئات من السنتيمترات المكعبة يعين على تشخيص هذا الداء ما لم توجد  
عوائق اخرى للتنفس او ضعف في عضلاته

ولنتشرع الآن في شرح الصفات المرضية المختلفة التى تلبس بها الاشكال  
المختلفة من السيل الرئوى ونبتدى في ذلك بالشكل الذى فيه تكون التطواهر  
المرضية متعلقة بتغيرات النهاية رئوية وباتها آتها  
وليس من النادر ان يبتدى هذا المرض بطواهر مرضية شديدة متملصة بصفة  
تغير مرضى حاد ومن هذا القبيل نعتبر الاحوال التى فيها الالتهاب الرئوى  
التيقن بدلا عن كونه يتم بالتكامل يودى الى ارتشاح جينى في الرئة والسيل  
والاحوال التى فيها الهم المسكوب بالترفيف الرئوى في الشعب والخلايا  
الرئوية بعد انعقاد يحدث فيها تغيرات النهاية رئوية ممتدة وكذا الاحوال  
التى فيها الالتهاب الشعبى الترنى الحاد يعتمد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية  
في اجزاء عظيمة من الرئة

أما الالتهاب الرئوى اليسنى فيخشى من انتهائه بالارتشاح الجينى والسيل  
الرئوى متى لم تنطفئ الحمى في انتهاء الاسبوع الاول او في ابتداء الاسبوع  
الثانى وحصل فيها ثوران عظيم وقت المساء وانحطاط مصحوب بعرق غزير نحو  
الصباح واستمرت الاصبعية في الصدر وسمع في محلها القاطع خروية رطبة رنانة

واقذف بالنفث كمية عظيمة من مواد مخاطية صديدية والتحقق من وجود  
الباف مرثة في النفث والقاط كهفيسة لا يبق أدنى شك في كون الجوهر  
الرئوي المرتشح ارتشاجينيا آخذ في التلاشي والتهتك واغلب المرضى  
بهاك بعد أسابيع قليلة منهمكين من الحى ومن النادر ان هذا المرض يخط  
بعد ان كانت فيه المرضى في حالة يأس فيصير النفث قليلا وتأخذ المرضى  
في العود الى الصحة شيئا فشيئا غير ان الاهمية تستمر والصدور في محاذاتهم ينخسف  
تدريجيا ثم بعد عدة من الزمن تشاهد علامات تيبس وانكماش في اجزاء الرئة  
المصابة وكثيرا ما تظهر كذلك علامات الكهوف الشعبية فيها

وكذا التغيرات الانتهائية التي تعقب النفث الدموي والتزيف الرئوي  
مباشرة تفسير كيفية محالها لما تقدم وهذه التغيرات تدفع بتعالر ابيضاعن الدم  
المنسكب في الشعب والخلايا الرئوية وانعقاده فيها وكلما كثر امتداد الاوعية  
المسكونة في اثناء سير النفث الدموي واستمرت زمن اطويلا وكثرت تضاح  
الطواهر البليوراوية واشتدت الحى واستطاعت مدتها حتى ولا يمدن ان  
الدم المتجسس والجوهر الرئوي الملتبب يكون قد اعتراهما استحقالة جينية  
وان التفتحات الممتدة للجوهر الرئوي آيلة للحصول وقد ينشأ عنها تقدم انه من  
الجانز ايضا في مثل هذه الاحوال حصول سهولة وامتصاص في المواد الجينية  
او تكسبها وحصول تيبس وانكماش في الاجزاء الرئوية المريضة عقب غرق  
جوهر خاوى عظيم وتكونه

وكذا سمي الالتهاب النزلي الشعبي الحاد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية  
وامتداده اليها فديكون معصوبا بطواهر مرضية ثقيلة جدا سيما بصحى  
شديدة وانحطاط عظيم في القوى وحالة التغذية العامة بحيث يكون  
التشخيص عسرا في الابتداء وفي مثل هذه الاحوال يمكن الظن بأن الالتهاب  
النزلي والحى الشديدة ناتجان عن تغير مرضي تسمى منتشر أو عن تكون  
درن حاد في الرئة الى ان يتضح الامر وذلك يحصل بسرعة غالبه اقبعض النفث  
باختلاطه بالدم اختلاطا قويا يكتسب الصفة الخاصة بالنفث الالتهابي  
الرئوي وتظهر آلام بليوراوية متفاوتة الشدة والامتداد ولغط القرع في  
الاجزاء العليا من الصدر بصير فارغا وطليبا واسم متى ادت البورات

الفصيصية الرئوية الابتدائية الى تكاثفات عميقة حيثئذ تصير الالفاظ  
الخارجية غير الواضحة ابتداء من رانته وانقط التنفس شعبيا ولم يجرأ من الجائز  
تحلل هذه الارتشاحات النزلية الحادة تحللا تاما لكن الغالب أن يمتري  
الجوهر الرئوي المرتفع استحالة جينية فيملاشي في أقرب وقت وأغلب  
أحوال السل الرئوي السريع السير جدا التي فيها تحصل تمسكات عميقة  
في الجوهر الرئوي في قليل من الأسابيع وتهلك المرضى بالحى الشديدة بعد  
أن يحصل لهم صفاء عظيمة في أقرب وقت تنشأ عن سعى الالتهاب الشعبي  
النزلى الحاد الى انحلالها الرئوية وامتداده اليه في أجزاء عظيمة من الرئة فتعتبر  
هذه الحالة انتهاءا لالتهاب الرئوي النزلى الحاد أو فحط الحاد وتسعى بالسل  
السريع السير وان كان التغير المرضى الذي نحن بصدده ممتد في فصوص رئوي  
بقسمه يندر ولا بد حصول امتصاص تايهي أو تكيس في المواد الجينية ثم  
تيسر وانكماش في الأجزاء المريضة ويكثر حصول ذلك الانتهاء عند قلة  
انتشار هذا التغير المرضى في كثير من الأحوال يمكن نسبة انخفاض كل  
من الحفرة فوق الترقوة وتحتها وانخفاض الحد العلوى من الرئة الى قوبة  
التهاب رئوي نزلى حاد مستطيل المدة قد انتهت بالتييس والانكماش فلا  
يندر مشاهدة ان بعض المرضى يعتره زمنا فرمناوب من هذا القبيل ويشقى  
منها لكن عقب كل قوبة يزاد امتداد الاصابة ومحيط الجزء المنخفض من  
الصدر الى أن تم تلك بقوبة النهائية رئوية أو بالتدرج الرئوي

وهناك أحوال فيها بعكس السابقة يكون امتداد الالتهاب النزلى من الشعب  
الى الانحلالا غير معصوب بظواهر ثقيلة بل يحل بكيفية كامنة ~~في كثير~~  
ما يوجد بالجثة في قبة الرئين انكشافات ندية وبورات جينية متكيسة  
وتكاثفات مندججة وذلك عبارة عن بقايا تغيرات النهاية رئوية اخفقت عنا  
كأنه يوجد عند ~~كثير~~ كثير من الأشخاص انخفاض في الحفرة فوق الترقوة  
وتحتها وانخفاض في الحد العلوى من الرئة بدون الوقوف على معرفة الزمن  
الذي فيه أخذت اعراض الالتهاب الرئوي سيرها وأدت لتييس قبة الرئة  
وانكماشها ومع ذلك فالالتهاب الرئوي المزمن متى كان التغير المرضى فيه  
عمدا يصطب ولا بد بالحى التي تكون خفية حتى انها غالبا تحتفى عن المرضى

بل والاطباء احيانا وذل لان الظواهر الجيدة المحسوسة وهي القشعريرة  
والاحساس بالحرارة وازدياد العطش تكون واهية جدا تقتضي بالكلمة  
بالنسبة لازدياد فقد العضوى لاجزاء الجسم والتأثير المضر الذى تحدثه  
الحصى فى الشهية والهضم وتكون الدم والتغذية

ومتى اعتري المريض المصاب بنزلات شعبية مزمنة لم تضرب منها حالة  
صحته العامة وقدرته على الاشغال فقد فى الشهية وانتقع لونه وصار ضعيفا  
وتضع تناقص قوامه اذ اظن بامتداد التغذية بالنزلى الى الخلايا لرقوية  
ولذا كان من الواجب حينئذ قياس حرارة الجسم بالدقة والبحث عن المصدر  
بانهلهمات الطبيعية حتى يتأكد من وجود الحصى وتكاثفات فى الرئتين أولا  
فان الشكل المزمن من الالتهاب الرئوى النزلى فيه ميل عظيم لانتهاء الالتهاب  
والانكماش عند التقع بالشروط الصحية العامة الجيدة كما تكثر فيه التكتلات  
عند تأثير المؤثرات المضرة ولذا كان من الواضح ان كثير من المرضى الذين  
اعتراهم تكاثفات متعددة فى الرئتين وكهوف شعبية فى قعرها يحصل لهم فى أثناء  
الصيف تحسن عظيم فى الحالة العامة للصحة ويزداد عندهم كل من القوى  
ووزن الجسم وفى أثناء الشتاء يحصل لهم ضعف وخفاة وانتقاع اللون ويظهر  
فيهم تكاثفات جديدة فى الرئتين سيما اذا كانوا مدمنين على الشغل وتعرضوا  
لتأثير البرد وهذا التعاقب يتكرر كثيرا لجهل من السنين ومثل هؤلاء المرضى  
يوجد منه عدد عظيم فى المارستانات حتى يمل من طول مكثهم بها فان الدرن  
الرئوى المزمن على ما يقال عموما غير معتنى به والتأثير العظيم للوسائط  
العلاجية ولا سيما الصحية العامة فى هذا الشكل الذى هو أكثر اشكال السل  
الرئوى وجودا واضحا تعال رأينا ولكنه دليلا على صحة تصورنا

واما ظهور التدرن الرئوى فى أثناء سير السل الرئوى الناشئ عن تغيرات  
التهابية رئوية فقد يحصل بكيفية كاملة جدا حتى لا يمكن تشخيصه وأساو  
بالاقل مع التاكيد وفى احوال أخرى كثيرة سيما التى فيها تكون الرئة مجلجا  
لعدد عظيم من الدرن والتدرن منتشر فى غير هذا العضو من الاعضاء يكون  
التشخيص سهلا فان وجد عند مريض مصاب بالسل الرئوى ضيق فى النفس  
بدون امتداد الاوعية فى الصدر واستقرت الحصى ولومع المعالجة اللائقة

واكتسبت الحمى بدلا عن الطرز المتردد طرزا مستمرا وحل الاسهال محل الميل  
الى الاعتقال والامساك وانضم لباقي الظواهر المرضية بحجة في الصوت او  
بقده أو الاعراض المعلومة للالتهاب السحائي لقاعدة الدماغ جاز القول مع  
التأكيـد حينئذ ان السـل الرئوي طرأ عليه التدون ويرتكب في تشخيص  
ذلك عند الشبان الذين يوجد فيهم ميل عظيم لاصابة السحايا الدماغية الى  
الظواهر المرضية الدماغية وعند المتقدمين في السن الى الظواهر المرضية  
المعوية والخنجرية

ثم ان الصفة المرضية التي يتبدئ بها السل الرئوي الدرقي ويسير تختلف  
اختلافا عظيما عن الصفات المرضية السابق ذكرها وتميز عنها في الغالب  
بحيث يسهل تشخيص هذا الشكل القليل الحصول من السل الرئوي وذلك  
ان الدور انزلى السابق الحصول يفقد فيه بالكلية وكل من الحمى والصفاء  
لا يتبدئ في الزمن الذي يفترق فيه النش الخاطي الصديدي بل ان السكون  
الدرقي سيما اذا كان كثيرا هو الذي يحصل ابتداء مع ارتفاع عظيم في حرارة  
الجسم ونحوه تسريفة فيه بواسطة تكون الحرارة المرتفعة لدرجة عظيمة  
فان استبان لنا ان مرضيا ابتداء عند سعال وثقت بعد ان كان حصل له  
في الاسبوع السابق ضعف سريع واتساع ونفاقة خشي من أنه يحصل  
اعتراه السل الدرقي ويقوى هذا الظن متى حصل عنده قصر عظيم  
في النفس وبالبحث الطبيعى للصدر لم يستدل على شيء في الابتداء ثم يصير فيما  
بعد اقط القرع أصم بواسطة التغيرات الالتهابية الرئوية الطبيعية ولغط  
التنفس شعبيا والانفاط الخرخرية زناقة وتكاثف الرئة لا يكون عمدا الا في  
أحوال نادرة وليس مماثلا لما يحصل في غير هذا الشكل من السل الرئوي  
ونغمة كل من الصوت والسعال تصير بحجة بسرعة وان كانت الاصابة الدونية  
الخنجرية عظيمة وامتدت بسرعة اتضعت الاعراض المعلومة المؤلمة جدا من  
السل الخنجري وكذا الظواهر الدرنية والسل المعويين لا يتأخر حصوله وترتق  
التهوية الى أشد الدرجات بواسطة الاسهال ويصير البطن شديدا الحساسية  
عند الضغط عليه ويتدرج من هذا المرض زيادة عن بعض اشهر فان  
اغلب المرضى يموت في اقل من هذه المدة



ثم اتوا وادنا بالذقة شرح التنوعات العديدة التي تعتري سير الاشكال المختلفة من السل الرئوي بسبب الاحوال الشخصية واختلاف التغيرات المرضية الحادة والمزمنة والمضاعفات المتنوعة نخرجنا عن الموضوع وحيث كان من المحقق عندنا ان أغلب احوال السل الرئوي التي نشاهد وتؤخذ من المشاهدات الطبية التامة ~~ممكن~~ ترتيبها بدون عسر تحت احد الاشكال السابقة

فحينئذ يتضح مما ذكر ان الموت هو الانتهاء الاكثر حصولا لجميع اشكال السل الرئوي وهو الوحيد بالنسبة للسل الرئوي الدرني وان اشكال هذا المرض الناشئة عن تغيرات مرضية النهاية لا يندر تحسبنا أو شفاؤها شفاها نسبيا كما يقال على العموم وكذا يتضح مما تقدم ان الأشخاص الذين انطقتهم جميع علامات السل الرئوي وعادوا عنهم بالكلية يكونون عرضة للهلاك عقب حصول نوب جديدة من تغيرات مرضية النهاية او تدرن

واكثر حصول الانتهاء المحزن بالموت يكون عقب نهوكة التدريجية ولنا في هذا المرض بالسل فان نهوكة المرضى تصل في مثل هذه الاحوال الى ارقى الدرجات والجلد الرقيق يتحد بسبب زوال الشحم من اسفله بالكلية وضور المجموع العضلي وتبرز اعظام الوجنية من أعلى الوجنتين المنثنتين ويظهر الاتف مستطيلا مديا والحجابان يظهرانهما عظيماني بسبب زوال الطبقة الشحمية منهما وبعض المرضى يكون عندهم عشم تام بالشفاء قبل الموت بقليل فيمكن ان يكون وهم في بحر الامل وكثيرا ما تظهر مكابدة ثقيلة نحو الانتهاء منها السعال المستمر سيما عند وجود سعال خنجري فيسلب راحة المريض وتظهر تولدات فطرية جينية في القسم والخلق يتعذر منها المضغ والازرداد والغثغرينا الوضعية المؤلمة للغاية وأودعنا احدا الاطراف السفلى المؤلمة جدا الناشئة عن سد سارية في الوريد الفخذي وفي مثل هذه الاحوال قد يستمر الدور الاتساعي لهذا المرض زمانا طويلا مقلقا للطبيب وأهل المريض بل والمريض بنفسه يتقن الانتهاء

ومن النادر أن يحصل الموت في أثناء السل الرئوي بواسطة التريفي وان حصل كان غالباً ناتجاً عن ناكل وعامة في جدار كهف او من تمدد بعض

الاوعية الكائنة عند النور وما وبها بالجهة المقابلة للسكف غير المحاطة بنسوج  
منسج فيقدد بضغط الدم ثم يفرق ويملك المريض بالترفيف الرئوي الناشئ  
عن ذلك اما بسبعة عقب النقطة الدموية او انه يحتسب عقب امتلاء القصبة  
الهوائية والشعب بالدم بحيث يتعذر دخول الهواء في الرئة  
واكثر من ذلك حصول طرو الموت عقب التجمع الغازي بالصدر كما سيأتي  
أو عقب استحقاقات كلوية تابعة أو بواسطة السبل والتسدرن المعويين  
او بالالتهاب الرئوي او البليوراوى او غير ذلك من الامراض التي تطرأ  
\*(المعالجة)\*

معالجة السبل الرئوي صارت الآن مؤسسة على اساس ثابت من منذ  
ما استبان لنا ان المهم في هذا المرض هو التغييرات الانتاجية الرئوية  
لا التكون الدرني الذي هو في الجلة نادر وما ذكرناه وان لم ينس عليه استعمال  
جواهر علاجية جديدة يشفي بها السبل الرئوي مع التنا كيدا لان به اسبقبات  
المدالات العلاجية لهذا المرض التي باجرائها كثير ما يتحصل على فائدة  
خلافا لما كان يعتقد من ان هذا المرض غير قابل للشفاء كاصابة سرطانة مثلا  
اذ كثيرا ما يشاهد بالمعالجة اللائقة المترتب عليه التحسين البنية المخطاط بل  
وقوف لهذا المرض بشرط أن لا يكون الاستعداد الوراثي متمكنا جدا  
وتستدعي المعالجة الواقعة من هذا المرض مراعاة الامور التي سبق ذكرها  
فيمنحني تحسين التغذية العامة بالكلية واجتناب تجميع الرئة كل التجنب  
والمعالجة بالدقة عند حصوله اذ بذلك ينطفي الاستعداد المرضي ولذا ينبغي وضع  
الاشخاص الذين فيهم علامات رداءة التغذية أو يظن ان فيهم استعدادا وراثيا  
وميلًا للزلات الشعبية والحجرية تحت مؤثرات يؤمل منها تقوية البنية  
وانظنا هذا الاستعداد المرضي

وعند ذكرنا ان الاطفال المولدة بين ابوين مصابين بالسبل الرئوي او بغيره  
من الامراض المضعفة للبنية تكون ذات بنية ضعيفة وسهلة الاستعداد  
للاصابة بالسبل فمن الواجب لاجل التوقي من هذا المرض عدم الرضاعة من  
امهاتهم فضلا عن كون ذلك مضر للغاية للصحة وكذا من الواجب صونهم  
عن الرضاع الصناعي بل يعطى لهم من اضع جيدة اللبن وعقب القطار ينبغي

اعطاهم الامراق المغذية وابن البقر خاصة ويتجنب الاغذية الحبيبية  
 بافرادها ثم بعد انهاء التسنين الاول يادرباعطاء الشوامن اللعوم وينبغي  
 الاسقرار على هذا التدبير الغذائى طول سن الطفولية سواء ~~كان~~  
 فى الاطفال آفات خنازيرية كالاختقان العقدي الخنازيرى والطفحات  
 الخنازيرية والهيئة الخنازيرية فقط واعلم ان التدبير الغذائى المضاد لداء  
 الخنازير عبارة عن تجنب النقويات كنفاح الارض والخضراوات والخبز  
 وجميع الجواهر لغير ذائبة والمطعومات الكثيرة النشا والاعذية النباتية  
 القليلة العناصر الازوتية مع استعمال اللعوم والبيض والالبان ومن  
 الجيد اعطاء الاطفال المستعدين للسل الرئوى مقداراً كافياً من اللبن  
 كل يوم ثم لا مانع من تعاطى الخبز وقعود بعد ذلك فان هذا اجود من منع  
 لطفل عن تعاطى ذلك بالكلية فانه متى استعمل القدر الضرورى من اللبن  
 فلا مانع من تعاطى الخبز كما ذكرنا والقول بان الطفل لا ينبغي له اكل  
 الاشياء الجافة يعد من الخطا البين فان من الاجور ان يعطى للطفل الخبز  
 الجاف فيضطط بالكلية باللعب ويستعمل الى سكر فيسمل ثمائه وتغضيه  
 بذلك وزيادة على ذلك يعطى الطفل كمية عظيمة من اللبن على انفراداً كثر من  
 تعاطيه ليمع الخبز ثم اذا لم تحصن التغذية العامة بما ذكر ينبغي اعطائهم  
 كبدة الحوت فانه اجود الادوية المضادة لداء الخنازير ويمتادى على استعماله  
 ما لم يحصل اضطراب فى الهضم منه وهذا التدبير الغذائى موافق لاطفال  
 الذين يكون ضعف بنيتهم عارضياً لا وراثياً وذوى بنية خنازيرية من الصغر  
 ومستعدين بعد للسل

وكما ينبغي تعظيم التدبير الغذائى كذلك ينبغي الحصول على الهواء الجيد  
 اذ من جملة الاسباب المتنوعة المضرّة المعينة على تقديم الاستعداد للاصابة  
 بالسل الرئوى الاقامة فى اماكن منفسدة لهوا غير مطلقة او متراكمة فيها  
 انقاس كثيرة بحيث يتراكم فيها حمض الكربون وقوثر انغماسها ولذا كان  
 تجديد الهواء فى الاماكن والنوم فيها بعد فتح كواتن شبايكها العليا حسب  
 الاقتضاء يعد من الوسائل الواجبة والعلاجية

ولا ينبغي ارسال الاطفال المولودين من أبوين مصابين بالسل الرئوى او العرصة

للاصابة به بسبب آخر الى مدارس شاقة الدراسة جدا بحيث يلتجئون فيها السهر  
 الليل لاجل التحصيل بل ينبغي لئلا هؤلاء الاطفال اتخاذا صنائع في الهواء  
 المطلق كادارة الزراعة اذا أمكن ولابد ان يجد الطبيب صعوبة عند الايصاء  
 بما ذكر لان اهل الاطفال ولو الذين يعتقدون كثيرا يحفظ صحة اطفالهم لا يؤدون  
 ذلك كما ينبغي فلذا كان على الطبيب تنفيذ وصيته بمائة قدم ذكره مع غاية  
 الاهتمام واطفال القصر ينبغي تجنبهم الصنائع الجلوسية كالخياطة وصناعة  
 الخبز والحياكة بل اتخاذا صنائع مفعوية كالخيازة والجزارة والديباغة وينبغي  
 لئلا من ذكر ارسالهم الى جهة المشرق مدة الشتاء حتى يمكنهم الاقامة في  
 الهواء المطاق في أثناء الاشهر الباردة كما هو الجاري الآن من سكان البلاد  
 المسكونة والبريتانية ونحوهم ولا اقامة في أثناء الصيف كل سنة في الجبال  
 مع الصعود عليهم فقد يكون مقويا بالنمو والصبر وقيام من الاستعداد للاصابة  
 بهذا المرض وذلك لكونه يلجئ المستعدين للتنفس العميق في هواء مستقر  
 وعند استمرار ضعف البنية في الاشخاص البالغين ورداءة التغذية المعروفة  
 بهيئة الجلود والاعشبة المخاطية وتكرار حصول الرعاف عندهم ينبغي  
 استعمال المياه المعدنية الحديدية خصوصا حمامات بيجون ودرسيورغ  
 وامنو اذ في هذه الحالة تستدعي المعالجة الواقية ذلك وحيث تراهي لنا  
 مما سبق ان حصول السل الرئوي يسرع عند وجود الاستعداد له بواسطة  
 المهيجات المؤثرة في الرئة بل وتكرير تهيج الرئة يؤدي لحصوله ولو مع عدم  
 الاستعداد للاصابة به فن الواجب ان يضم الاحتراسات الصحية الواقية  
 احتراسات أخرى تستدعي المعالجة السريعة فينبغي ترك بعض صنائع أخرى  
 غير التي ذكرناها وذلك كالطعانة والخيازة ونحت الاجهار وغير ذلك  
 ولهذا السبب ايضا يوصى عند تدهيد السل بالحصول بل وعقب طرودها بالسائط  
 العصية التي ذكرت في معالجة الاحتقان الرئوي فتتم البنات المستعدت  
 للاصابة بالسل الرئوي عن الرقص بكل الجهل ودلو كان ذلك عضادا لرأي  
 الامهات مع مجزهن عن الجسري العنيف والغناء والمشروبات الروحية  
 والقهوة والشاي الساخن وعند وجود ميل للتفحان والاحتقان الرئوي  
 يوصى باستعمال المعالجة بعمل اللبن والغلب في جهات جسيمة الهواء خاصة

بذلك فان هذا مما تستدعيه المعالجة السببية أيضا  
وكذا التزلزلات الشعبية المتكررة السابقة لحصول السل الرئوى أو المصاحبة  
لابتداء نكوته تستدعى غاية الدقة فى المعالجة ولذا توصى المرضى المهددة  
بحصوله أو الذين ابتداء عندهم باتباع جميع الشروط الصحية المتقدمة من  
المعالجة الواقية من التزلزلات الشعبية المزمنة فقه ود المرضى على تحصيل  
التغيرات الجوية والاعتدال بالماء البارد والحمامات النهرية والبحرية وعند  
استعصاء التزلزلات الشعبية عن الشفاء ينبغى ايس المرضى أقصه من الصوف  
على اللحم مباشرة وتكرار صودرهم ووسائلهم الى بعض الحمامات الكلورية  
القاولية كحمام امس وخلافه غير ان ارسال المرضى المتقدم داء السل فيهم  
لا يجدى نفعا بل هو مضر للغاية

وأما معالجة المرضى نفسه فقها توصى باستعمال الوسائط العلاجية المدروحة  
عومافى الالتهابات المزمنة فى السير

وذلك لانه ينبغى ابتداء حفظ الرئة المريضة كغيرها من الاعضاء المتهبة من  
تأثير الامور المضرة المتجددة ومن الجيب اهمال ذلك من عند عظيم من  
الاطباء والحل انه امر ضرورى يفهم بداهة فالتأثرى كل يوم أن المرضى ولو  
كانوا من الاشخاص المترفعين ذوى الثروة المصابين بالسل لا يصانون بالدقة  
وما ذاك الا من فهم انهم مصابون بالسل وهم فى حالة يأمن لا يرجى برؤها فلا  
يمنعون من التماذى فى اشغالهم بل تراهم مستمرين على ذلك ويتوجهون الى  
قاعة الدواوين ويقيمون فى أما كن مسجنة الهواء مملئة بتهاعد الدخان  
أو فى القهواوى فمثل هذه المؤثرات يحصل ولا بد تناقل فى التغيرات الالتهابية  
وطرو تغيرات تابعية بل ويساعد ذلك على حصول التلاشى الجبى مع انه  
يتجنب مثل ما ذكر يحصل احيانا انقطاع سريبع بل وقوف للمرض  
وأحيانا يشاهد مع الوضوح التأثير الجيد لمنع المؤثرات المضرات من الرئة  
المريضة فى السل الرئوى عند الفقراء من المرضى الذين يلجئون الى المعالجة  
فى المستشفيات فبعض المرضى الذين يرسلون اليها وهم فى حالة اليأس  
يجرون منها بعد قليل من الزمن وقواهم فى حالة تحسن بل ولا يندران  
بكون نقل جسمهم تزايد اترابا عظيم او مع ذلك فكثيرا ما يترددون الى

الممارساتات للمعالجة وذلك لتغير حالتهم ومعهم بسرعة حيث تعرضوا  
للتقلبات الجوية وغيرها من المؤثرات المضرة بعد خروجهم من الممارساتات  
ولا ينبغي ان المرضى المسولين المتعدين بشروط صحية جيدة يحصل لهم عين  
هذا الضرر حتى دخلوا ممارساتات كثيرة التراكم غير متجددة الهواء

وكان من الواجب على الاطباء ان توصي أغلب المرضى المصابين بالبل  
بالمكث بالادوية أثناء الشتاء بالبلاد الشمالية مع مراعاة حواشيهم على حالة  
منتظمة ليلا ونهارا بقدر الامكان لاجل حفظ رقتهم من كل مهييج خارجي  
لوان اتباع تلك الوصية يمنع منه ما تقدم من المكث بالادوية وسفاد هوائها  
تجنب ضرر المرضى باتباع احدي هاتين الطريقتين يفعل عليه باعتبار  
الحالة الراحة لكل شخص وذلك بان يتأكد بدقة من المريض هل له قدرة على  
استنشاق الهواء الرطب بل البارد بمساعدة آلة الاستنشاق بدون خطر من  
تأثير البرد عليه وازدياد السعال أم لا فبالنسبة للاغنياء منهم الامر سهل  
حيث يمكن ابعادهم عن شتاء البلاد الباردة الشمالية وارسالهم الى بقاع  
يكنهم فيها الإقامة معظم النهار في الهواء المطلق بدون التأثير من البرد  
واستنشاق هواء قوي بارد فلا ينبغي الاهمال بالنسبة لهؤلاء المرضى ان لم  
يكن الداء متقدما فيهم جدا وكان سيره حادا جدا شديد الحمى في صحرهم على  
اتباع ما ذكر لكن لا ينبغي تأمينهم بالكلية في ذلك خشية ان يظنوا ان  
الهواء في مثل هذه الاماكن يشغل على جواهر نوعية شافية لرقتهم المريضة  
وانه لا يجب عليهم فيها التمسك بوساطة صحية أخرى كاستدامة المكث في  
الهواء المطلق مع عدم الاحتراز من تأثير البرد واستعمال الاغذية الطيبة  
مع تجنب التدبير الغذائي وعدم استعمال بعض الجواهر الدوائية ان احتاج  
الحال لذلك اذ لا يحصل على التجاح الا ان كانت المرضى نفسها تعلم حقيقة  
الامر وان معيشتهم في تلك البقاع تحتاج لاحتراسات قوية فانه في كثير من  
الاحوال كان ابقاؤهم في أماكنهم اتم واجود وان أريد التمسك باجراء ذلك  
وجب ارسال المرضى قبل حلول الاهوية القاسية الباردة الى سودن ثم يادن  
يادن ثم ويس يادن وفي أثناء الريح الى بحيرة جنسورة أو الى ميران اذ هناك  
يكنهم استعمال المعالجة بالغيب مع صونهم فيها الى ابتداء الشتاء كما يصنفون

عندنا في أثناء الصيف وأما المرضى الذين عندهم ادراك واحتراس ويؤمل  
من كونهم يكتفون في منازلهم في الايام ذات الهواء الرديء المتقلب  
فيمكن ارسالهم زمن الشتاء الى مدينة ونديق ونيترا ومنطون وهير  
وكان ويزا وياو وبالنصوص احتسبو لكن الاجود في ذلك ارسال  
المرضى أصحاب المقدرة الكافية في اثناء الشتاء الى يلرمو او قطانيا بل والى  
بلاد الجزائر أو مصر او جزير قندريا ووجه افضلية الإقامة في إحدى تلك  
الجهات عن غيرها لم يثبت الى الآن بوجه قطعي وانما يتغير في ارسال المرضى  
اليها احدا من امال كونها أما كن ذات اقليم وطب لطيف التأثير مثل (ويفي  
وونديق ويزا ورومة وبلرمو وياو ومديرا ونحو ذلك) توافق المرضى  
المصابين بهذا المرض الذين هم في حالة تخرج حتى وهم مذبون بالسعال الجاف  
او فيهم ميل للنفث الدموي وأما كونها أما كن ذات اقليم جاف منبهة مقو  
(مثل نيزا ومنطون وسيريرو وكان وهير ومنتررو وميران والجزائر  
ومصر وغيرها من الاماكن الجبلية) توافق المرضى غير الخمومين والذين  
داؤهم بطيء السير وعندهم نفث غزير ومجردون عن النفث الدموي وبالجملة  
فايا كانت المرضى ينبغي ان تكون معيشتهم بغاية الاحتراس والدقة تحت  
ملاحظة طبيب ماهر منهم

ثم ان الامر المعلوم من ان السسل الرئوي يشدد وجوده في البقاع المرتفعة  
ويزول بالكلية في العالية جدا منها (كما ذكره موريه في علم انتشار الامراض  
الاقليمي) ادى لذهاب عدد عظيم من المساكن مدة الصيف الى بقاع مرتفعة  
مكرونة من الجبال والشفاعات العالية الوضع التي أشهرها بادن وبلر  
وريشنغال وقرايت وهيدن وجيس ولاسيما ويسفبورغ بالقرب من  
مدينة برن واما في الالفة ان كانت متجهة نحو جبل جوبرسدريلا  
السليزيه الذي ارتفاعه ١٧٠٠ قدم وليس ذلك فقط بالنسبة لما هو مشهور  
في هذا المكان من صوته عن هذا المرض بل بسبب الشفاعة ايضا لخصوصه  
وملاحظة ادائها بمعرفة الطبيب برير الذي اجري فيها اصولا علاجية  
مخصوصة بالنسبة لهذا المرض مخالفة من اوجه عديدة للاصول المتبعة الى  
وقتنا هذا والامور الاساسية في معالجة الطبيب المذكورة عبارة عن الإقامة

المستطيلة والرياضة في الهواء المطلق مع تجنب الرياح والامطار فقط لا الهواء  
المتخفف الحرارة واستعمال تدبير غذائي جيد مقو والمدار فيه على تعاطي  
الجواهر الكروية الايدراتية لاسيما الجواهر الدسمة كاللين والزبد واستعمال  
قليل من المشروبات الكحولية بقصد تنقيص الفقد العنصري والمفضل  
في ذلك النبيذ الجعري لاحتوائه على كثير من الصفات المنيرة وانعاش الجلد  
وتقويته بواسطة الماء البارد اما غلابه مع ذلك اورشاع على هيئة المطر مده  
خمس فوان الى خمس وأربعين ويضم لذلك عند الاقتضاء التشللل القوى  
وقد نبه الطبيب برير على جودة تأثير الحمام على هيئة المطر في حي الدق

واللهم في تأثير المعالجة بهواء الجبال الشاهقة على حسب توجيه برير هو  
رقعة الهواء وخفة ضغطه والامتلاء الدموي العظيم للاعضاء الترية لاسيما  
الرئتين لكن صحة هذا التوجيه متوقفة على فرض صحة غيرها من النظريات  
وهي ان الاستعداد للسل لا يكون متعلقا باسباب وشروط عمومية بل باحد  
مخصوصة موضعية يترتب عليها قلة الدم في الاجزاء العليا من الرئتين والقول  
بان الهواء الرقيق في الاماكن العالية مضر بالمصابين بالسل لكونه يعين  
على حصول النفث الدموي لم يثبت بالنسبة لجبل جربسرد والشفافانة التي  
فيه

ثم انه بعكس المشاهدات القائلة بجودة تأثير الهواء الرقيق في السل الرئوي  
قد استعمل الهواء المنضغط بنجاح عظيم بن قيسل انه اعقب بشفاء تام  
والعضدون للتأثير العلاجي بالهواء الرقيق لا يقبلون استعمال الهواء المنضغط  
الالتهبة عرضية كتلطيف عسر التنفس وتنقيص الاحتقان الالتهابي  
والافراز الترنخي من الشعب وسهولة دخول الاوكسيجين في الدم وتجنب  
النفث الدموي وربما ساعد ذلك في امتصاص البورات الرئوية الالتهابية

والى الان لم تنضج نتائج المعالجة بالاستنشاق في السل الرئوي وضوحا ينال  
أما استنشاق ايجرة متحولات الدبغ (المؤسسة على ندرة وجود السل الرئوي  
عند ديانج الجلد) فلم تجدها ولم يتبادر على استعمالها واما استنشاق هواء  
زراعي البقر فهو وان كان له طفا بيب حرارته الرطبة لكن لم يحصل منه  
تأثير جيد وكذا هواء البحار فليس فيه صون عن السل بانفسه اسكان



الشواطي واستنشاقه انما يكون في الاشكال الضعيفة المستطيلة السير  
بقصد تحسين التغذية ووقوف المرض وأما استنشاق هو اعمع اذن الملح وكذا  
الابخرة المتصاعدة عند غليه فانه رعى به لندرة وجود السبل في شغالب طبعا  
لمشاهدات عديدة وأما استنشاق الـ وائل على هيئة الرذاذ فقد استعمل  
قياسا على استعمالها في التزلات البسيطة فلا استنشاق الشب والتين ونحو  
ذلك من الجواهر القابضة زيادة عن تنقيصه للافرازات ايرجيد في التعبير  
الاتمابي بل وفي جذر الكهوف الرئوية واستعمل المعلم روت استنشاق حمض  
الكربوليك بقصد احداث تأثير مانع للتعفن في سطح الرئة المتقيح (بان يؤخذ  
من ٢ الى ٥ جرام حمض الكربوليك على ٣٠ جراما من الماء المقطر ويؤخذ  
من هذا المحلول من ١٠ نقطة الى ٢٠ على أوقية من الماء القاتر ويوضع  
ذلك في المرزاز ويستنشق منه من ٥ دقائق الى ١٠ ثلاث مرات في  
النهار أو خمسة) وعلى كل حال ينبغي الاحتراز الكلي من تهيج المسالك  
الهوائية تيجاشد ابواطة الاستنشاق

وأما استعمال المياه القلوية الصودية البسيطة (كماء اوبرلس برون ويناو)  
ونحو ذلك وعلى الخصوص المياه المورياتية الصودية كماء سترس وامن  
ولوهاشوتز التي تشرى فائرة فله تأثير جيد في احوال التزلات الشعبية الجافة  
وربما كان له تأثير جيد في الاحوال التي فيها يوجد مع التزلات المذكورة سل  
بطيء السير ومن ذلك استعمال مياه صودن المحلية القاترة وذات الاقليم  
الرطب الحار

وان كان طرورا تغيرات الانتهائية الرئوية ونكسائهم عند المساولين معصوبا  
بظواهر قوية واشتدت الحى اشتدادا عظيما واصطبغت بشفت مدمم مع آلام  
واخزة في الجانب عند السعال والتنفس ويجب استعمال معالجة مضادة  
للالتهاب لطيفة جدا بل ولا مانع من استعمال بعض الاستقرائات الدوائية  
الموضعية عند الأشخاص الذين لم يتقدم فيهم ضعف البنية مع استعمال  
بعض الوضعيات القاترة بل والباردة على الصدر عند وجود نفث او نزيف  
رئوي مع الراحة التامة والاجود في ذلك ملازمة القرائن اذ بذلك تلتطف  
الحى وتسهل آلام الجانب وتسرع وقوف النفث الدموي واما الماء الباردة

المرضية فانما تشغل على الطرق العلاجية التي بها يمكن مقاومة الاعراض  
المهمة من هذا المرض فتستعمل أولا الوسائط العلاجية التي بها يمكن  
احداث تحسين في تغذية الجسم العامة

ومن هذا القبيل المعالجة اللبنية وذلك ان يعطى المريض من هذا الجوهر  
الغذائي البسيط المقوى بعد حليب من ثدى البقرة لاجل عظمته في ازمته  
منتظمة بقدر طاقة المريض ومن المعلوم ان اللبن ليس من الجواهر الغذائية  
السهلة الهضم فمن الواجب عند اتباع المعالجة بحفظ الغشاء المخاطي المعدي  
من جميع المؤثرات المضرة واتباع تدبير غذائي فاس اعنى منع الاغذية  
الاشترى حتى ان هذا الغذاء المقوى ينضم حدها فتعود ثمرته على الجسم  
وأهم الامور التي ينبغي اتباعها ايضا المريض مع تعاطي اللبن بعدم استعمال  
الاغذية الكثيرة الاقاييه والاغذية المنبهة اذ لا يكون اللبن حينئذ الا قاتل  
نسبه ضعيف جدا في الغشاء المخاطي المعدي المعتاد على منبهات قوية بحيث  
عند تعاطيه لا يفرز مقدار من العصير المعدي كاف لهضمه ولذا لا يعطى  
للمرضى زيادة عن اللبن الذي يعطى منه جلة ارطال للمريض الاقليل من  
الخبز الجيد وكم من الحبوب والشوامه ثمان لبن الحيوانات التي ترضى من  
عشب الجبال خصوصا لبن العز والجير مدوح جدا في هذا المرض ولذا توصي  
المرضى المتقدم فيهم السل الرئوي بالذهاب الى القساوات الجيدة الهواء  
الموجود فيها محلات خاصة كالتي في سويسره المشهورة بصنع مصل اللبن  
والمعالجة به والتي فيها يسهل الحصول على لبن حليب جيد قبل ذلك تحسن حالة  
المرضى المتقدم فيهم السل عن استعمال مصل اللبن والمياه المعدنية ما لم تستدع  
بعض امور استعمال ذلك واذا لم يتيسر ارسال المرضى الى القلاوات المذكورة  
ينبغي استعمال المعالجة اللبنية على وجه منتظم مع الضبط بما نالهم وصحت  
هذا المعالجة بالمعالجة اللبنية تكون المرضى تتبع ذلك بقاية الدقة وتتعاطى  
المقدار الكافي وكثيرا ما عولجت المرضى بذلك مدة اشهر مع المداومة على  
تعاطي جلة ارطال منه كل يوم سيما عند ما شوهد ازدياد وزن اجسامهم  
ازديادا واضحا

ومن قبيل المعالجة باللبن استعمال زيت كبد الحوت الذي يمكن ضممه للمعالجة

باللبن عند تعمل المرضى إلهما ومما يشك فيه بكثرة ان زيت كبدا الحوت له  
تأثير نوعي في السل الرئوي فان مقدار البود المحتوي عليه هذا الجوهر قابل  
جد احق لا ينسب له تأثير ماغن القريب للعقل ان هذا الجوهر الزيتي لا يؤثر  
الا بكونه يساعدا الجسم على عمائل الاغذية الازوتية باذخال جزء من الشحم  
فيه وبعبارة أخرى انه يعوق انسلال الجسم ونه وكته أو يبطئه ما يدخل جوهر  
قابل للاحتراق بدلا عن عناصر الجسم العضوية

ويمكن استعمال زيت كبدا الحوت زمناطويا ولا يؤثر اذا تعمل المريض له متى  
أمر الطبيب بقطع استعماله زمنافز مناعه كراهة المريض له ومما ثبت  
التوجيه القسيولوجي الذي ذكرناه بالنسبة لكيفية تأثير زيت كبدا  
الحوت هو ان شحم الكلاب دواء مشهور قديما لدى العوام ويجرب عندهم  
في السل الرئوي واذا لم يتصل زيت كبدا الحوت من الباطن جازا أن يستعمل  
بدلا عنه الدلك به من الظاهر أو بالشحوم النقية الحديثة اما على الصدر  
وحده أو بالجسم بتمامه

ومن الوسائط الممدوحة المستعملة بدلا عن كبدا الحوت خلاصة الملت للمعلم  
(تردمر) وهي ليست كغيرها عبارة عن بوزة مشتملة على كثير من عنصر  
الكربون والكلور بل هي خلاصة حقيقية مجزئة من الجواهر القابلة للذوبان  
من الملت (وهو الشعر المقل) ومن الجواهر المرة الحشيشة الديتار ويكون  
في الاجزاء اثنان وفي كل مائة جزء منه ستة وسبعون جزءا من سكر العنب  
وسبعة اجزاء من جوهر زلال واثان وثمانون من جزء من فوسفات الكلس  
والمنيزيا وثمانية عشر من جزء من أملاح قلووية وستة عشر جزءا من الماء ويعطى  
من هذه الخلاصة من ملعقتين الى ثلاثة كل يوم امامع قليل من الماء العادي  
او الماء الحار او اللين القاتر او غيره من السوائل فان المرضى تتعاطى ذلك  
مع القبول ومن الاغذية انافعة المشهورة من قديم في معالجة السل الرئوي  
الشوية المصنوعة من القمح المجروش فانه لاحتوائه على القش واللال  
النباتي والمادة الجلوتينية يكون غذا جيدا وكذا شوية العدس والقول  
مدوية بكثرة في هذا المرض لاحتوائهم على مواد ازوتية مغذية بكثرة  
واقل من ذلك منقعة الهلام حيوانيا كان او نباتيا كما هو اريد ان الوقوع

وهلام الحزاز الازلادي

وجميع الوسايط المذكورة تنفع في تحسين تغذية الجسم لما ان التغذية الرديئة تزيد في تقدم السل الرثوي فان في كل مرض تسعش في انطفائه مشل السل الرثوي وليس عندنا له وسايط علاجية نوعية يجب علينا الاهتمام في حفظ قوى المريض تسعش في الحصول على هذه الغاية

ومنها استعمال الوسايط العلاجية التي هي انضارب الحصى التي هي اهم الاعراض فانها اعظم سبب للتحاقق والنوكة وينبغي رفض استعمال الاستقرائات الحموية والزئبق الحلو وملح البارود بالسكية ولو كان استعمالها من قبيل المعالجة العرضية الا في احوال استثنائية اشرفنا اليها سابقا وأما الذي يجتال فيبغي استعماله ما في بادئ الحصى بالظهور وكانت قوية جدا حيث انما هي الجوهر الرئيس من الحبوب الكثيرة الاستعمال المعروفة بحبوب هم المركبة من مسحوق الهيماتلا ٥ ديسي غرام مسحوق عرق الذهب والافيون من كل ٢٥ سقي غرام خلاصة الهيلينيوم لهذا ويعمل من ذلك عشرون حبة تقبل بمسحوق جذر البنفسج ويعطى منها ثلاث حبات كل يوم على ثلاث مرات وان اكتسبت الحصى طسرا دوريا وكانت الشورانات الليلية واضحة وابتدأت يتويع قشعريرة خفيفة وجب ان يضم لذلك كبوسات الكينين بدلا عن عرق الذهب فيضاف منه غرام واحد الى المركب السابق وبهذه الواطة يمكن في بعض الاحوال إيقاف الحصى

واما العرق البيلي فلما منع فيه من اعطامه قد ارم من حصى هالبر أو اعطاء فنجان من منقوع المريجة باردا ما لم يكن حصل في هذا العرض تحسين بواسطة المعالجة المضادة للحمى لاسيما الدلك بالماء البارد والتشليل به فان كلامنا من هاتين الواسطتين مددوح في مقاومة العرق البيلي ولو كان قليل الجدوى وقد استعمل بربر اضرارية العرق البيلي السكيالك بان يعطى منه في المساء ملعقة او اثنتين من ملاعق الشاي في فنجان من اللبن وكذا يستعمل مسحوق مركب من خللات الرصاص بقدر ٥ مللى غرام مع الغاريقون الايض بقدر ١٥ ديسي غرام ويعطى منه ورقة او اثنتين مساوان كانت منقعة

وقية

واما السعال والتفت فيمكن احواله الكلام فيما يخصهما على ما ذكرناه في معالجة  
التزلات الشعبية المزمنة ومن الخطا ليعن استعمال المنقشات واحدا بعد  
واحد في التزلات الشعبية المزمنة المصاحبة للسل الرئوي بدون اتباع دلالات  
علاجية عقلية وكذا ينبغي رفض استعمال الادوية الغروية اللابيفة السكرية  
والاجود في مثل هذه الاحوال استعمال المنبروبات الحضية قليلا والبوجلالات  
أو بصل الغنصر ونحو ذلك من المنبهات الخفيفة أو الجواهر الدوائية المنقصة  
للافراز وكما اتينا وصينا فيما تقدم لاجل الحصول على هذه الغاية باستعمال  
الجواهر البلسمية والرائحية تذكرا أيضا ان أجود شيء يستعمل في ذلك هو  
سكر المروج عرقة بقيت المذكوران فيما سبق وكثير من الاطباء يمدح بكثرة  
استعمال خللات الرصاص في الاحوال التي نحن بصدد هاولا لاجل مقاومة  
السعال ينبغي استعمال المسكات فان لها منفعة عظيمة في السل الرئوي وليس  
عظم منفعة المسكات ناشئة فقط عن تأثيرها المسكن المخدر الذي تعدسه المرضي  
عند ابتداء تعاطيها بل ناشئ أيضا عن تنقيصها لحركات السعال وتخفيفها  
وسهولة انقذاف النفت فان المرضي يحصل لهم بذلك راحة عظيمة

وحيث ان السعال له تأثير مهيج في الغشاء المخاطي الذي هو الجلس الرئيس  
للافراز فمن الجائز ان المسكات تنقصة حركتها السعال تحدث ايضا تنقيصا في  
الافراز الشعبي ومع ذلك ينبغي كل الاحتراس من المبادرة باستعمال المخدرات  
وانما يعطى المريض ابتداء مقدار صغيرا منها وتفضل خلاصة الخس البري  
ابتداء على الافيون بان يعطى منها من نصف قعدة الى قعدة مسيحوقة او في  
مستحب فانه اذا أعطيت المسكات من الابتداء او بوجدها يستعملها صارت  
عديمة الفع فيما بعد عند شدة اضطراب المريض اليها أي متى تسلطن السعال  
يتقدم السل الخنجري واحداه عند المريض القلق ليله لا نومها او يظهر زيادة  
عن ذلك انه متى التحبب لاعطاء كمية عظيمة من الافيون يسرع ولا بد تقدم  
التهوك بحيث لا يجب اعطاء الافيون الا بعد قطع العشم بالكنية من وقوف  
السل الرئوي ومن الواجب مراعاته والاهتمام به ان السل يصاحب الاتهاب  
البليوراوي واما معالجة السبل الخنجري والتفت الدموي فيقد سبق  
الكلام عليها

واما معالجة السبل المعوى والاستحالة الشحمية والتشوية للكبد فستتكمّل  
عليها فيما سياتى

• (المبحث الرابع عشر) •

• (فى الدرن الدخنى الحاد) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الدرن الدخنى الحاد الذى لا ينفى اختلاطه بالسبل السريع السير جدا هو  
عبارة عن طفق درنى دخنى كثير الانتشار جدا يتكون سريعاً فى الرتين وفى  
كثير من غيرهما من الاعضاء

ثم انه فى معظم الاحوال يشاهد هذا المرض فى الانخفاض الموجود عندهم  
بورات جينية قديمة فى الرتين أو فى غيرهما من الاعضاء كالغدد اللبغية والغدة  
الحنازيرية والعظام والغشية المخاطية والدماغ والاذن الباطنة والحصيتين  
وهذا الامر وشابهة اعراض الدرن الدخنى الحاد وسيره لاعراض  
الامراض التسممية الحادة يستتبط منهما ان هذا المرض حاصل من تسمم الدم  
بتحصلات جينية كما قاله (بول) غير ان هذه النظريات ترد بعض احوال نادرة  
فيها يطرأ هذا المرض بدون وجود متحصل بورات جينية سابقة وفى احوال  
قليلة يظهر ان تسمم الدم بكيفية أخرى ينتج عنه الدرن الحاد وأقل ماها ان  
يشاهد ظهور هذا المرض عقب الحميات التسممية الحادة وزعم (وليمبرغ)  
ان البقايا المرضية المختلفة النوع متى امتصت يمكن أن تكون سببا فى انتاج  
هذا المرض

• (الصفات التشريحية) •

منى شوهة فى الجثة التحبيبات الدرنية الشبيهة بالحويصلات الشفافة التى  
حجمها بحبة الشهد النجى او الحصى منتشرة باستواء على جميع سطح الرئة  
وعلى البلبورا أيضا دل هذا مع التأكد على ان المريض انما هلك  
بالدرن الدخنى الحاد ولولم نشاهد مدة الحياة فان هذا الانتشار المستوى  
للدرن لا يشاهد مطلقا فى الدرن الدخنى المزمن بل يوجد فى هذا على الدوام  
بجوار الدرن القح أى الجدد والتحبيبات درنية مصفرة جينية تدل على ان  
التراكم الدرنى حصل بالتدريج وفى معظم الاحوال يوجد على الكبد والطحال

والسكتين تحببات درنية منتشرة ويندران يوجد فيها ذلك في الدرن الدخني المزمن وكثيرا ما يوجد في البلهة درن دخني منتشر على الام الحنونة حول القنطرة وأسرة الاعصاب البصرية مع استلقاء صفائي حاد في الجيوب الدماغية

وجوهر الرئة يوجد محتو ياعلى كثير من الدم وفي حالة أوديميا كثيرا أو قليلا وكثيرا ما يكون في العقد الشهية وقعة الرئة نارا الدرن الرئوي الدخني المزمن القديم أو قليل الامتداد وجملة الهالكين بالدرن الدخني الحاد تشبه جثة الهالكين بمرض حاد في الدم وهذه المشابهة التي في حال الحياة يظهر أنهم استقر بعد الموت فان الدم يكون أحرما تاعمتها نحو الاصفار المتحدرة بحيث ينشأ عن ذات احتقانات المتحدارية عمدة وتكون العضلات حمرة والطحال مشتملنا قليلا ولينا

### • (الاعراض والسير) •

مضى ظهر الدرن الدخني الحاد مدة سير الدرن الدخني المزمن المصوب بحصى الدق والعرق الليلي أو في أثناء الدور الأخير من التبية ومن فلا يتيسر معرفته لانه لا يمكن الحكم بأن الحى والاضطراب السريع للمريض ناتج عن المرض الاصلى او عن الدرن الدخني الحاد المضاعف لخصوصا وان البحث الطبيعى للصدر في مثل هذه الاحوال لا يدل على شئ بل ان هذا الامر اعنى عدم تناسب بين الاضطراب العام الثقيل وقلة امتداد الدرن المزمن الموجود يمكن في بعض الاحوال الارتكان اليه في التشخيص

ومضى ظهر الدرن الدخني الحاد في اشخاص سليمة بحسب الظاهر اعنى عند اشخاص اخفى المرض الرئوي المزمن عندهم فالامر ينعكس لان الدرن الدخني الحاد في مثل هذه الاحوال كثيرا ما يتسبب بشعيرة متكررة وسرعة عظيمة في النبض واضطراب عموى ثقيل جدا وهذه الاعراض يسر توجيها عند عدم اعراض تغير مرضى موضعي وسرعة النبض تزداد جدا ويحصل للمريض عرق غزير وازدياد واضح في ثقافته وبما ويجف لسانه وتضطرب وظائف الدماغ فيحصل هذيان او خجود وهذه الاعراض الضمنية التي تتقدم بسرعة وان اصلحت بسعال وضيق في النفس الآن البحث عن

الصدر مع السكر ولا يدل بالكلية على ان منسوج الرئة مرض تشنج وغاية ما هنا انك أن يسمع بعض الغاطص في رئة أو فرعية خفيفة وهذه الاعراض تلبس التبا نانا ما باعراض التيفوس بحيث ان مشاهير اطباء في التشخيص يمترون بان هناك أحوال لا يمكن فيها تمييز هذين المرضين عن بعضهما بالكلية حيث انهم شاهدوا بعض اشخاص هلكوا وكان تشخيصهم بالتيفوس واستبان بعد الموت انهم كانوا مصابين بالدرن الدخني الحاد والعكس والتمييز بين هاتين الحالتين يكون أشد عسرا كلما كانت الاعراض الشعبية النزلية في الدرن الدخني الحاد أقل شدة وكان البحث عن الطحال غير دال على شيء أكد وكان السير يسرع يعاجل فان الزمن الذي يحتمل فيه هلاك المصاب بالتيفوس عادة أعنى بعد ١٤ يوما تقرربا يحتمل هلاك المصاب بالدرن الدخني الحاد فيه أيضا ويندرج حصول ذلك في الاسبوع الخامس او السادس والمريض يموت منه ايضا من شدة الحمى والاضمحلال كما في التيفوس فان النبض يزاد صغره وسرعته وينتهي الامر بكون الاوردة الرئوية لا تقدر على استفرار ما فيها من القلب الذي لم يتم استفرارها من هذا السائل فينشأ عن ذلك أوديما رئوية وشلل في الشعب واستفكسيا

\*(التشخيص)\*

يمكن اشتباه الدرن الدخني الحاد في ابتدائه بالحمى المنقطعة اذا تكررت القشعريرة على طرف منتظم تقرربا لكن لا يلبس الامر الاقليل الا حتى يتضح للطبيب أن الفترات والتقطعات ليست تامة وان المريض كبات الكينية لا تفر وأن هذا المرض يصطبغ بتهيج شديد في الغشاء المخاطي الشعبي لا يشاهد عادة في الحميات وان سرعة النبض لم تزل آخذة في الزيادة وان حالة المرض يجمعوها تظهروا خبيثة ثقيلة أكثر منها في الحمى المنقطعة البسيطة وفي احوال اخرى يلبس هذا المرض في ابتدائه بنزلة شعبية حادة ممتدة معمومة يصحى سعالا كان السعال شديدا متعبا وعماقا قليل يزول الشك ويتضح التشخيص من شدة الحمى وسرعة انحطاط المريض وخيب سير المرض

وأما التشخيص التمييزي بين الدرن الدخني الحاد والتيفوس فمبنى على



الاعتبارات الآتية منها ان السعال وضيق التنفس يتضح ظهورهما جدا  
 ويتقدم حصولهما في الدرن الدخني الحاد عن التيفوس ويكونان اكثر شدة  
 والتيفوس الطففي وان شوهد فيه علامات الالتهاب الشعبي الشديد  
 وكانت متقدمة الحصول الا ان التشخيص هنا سهل بسبب ظهور الطفح  
 الدال على هذا المرض واما في الدرن الدخني الحاد فان الطفح الوردي لا يظهر  
 مطلقا ومنها انه في احوال التيفوس البطني يندر عدم مشاهدة بقع منفردة  
 وردية في القسم الشراسيني مع تكرار البحث بالدقة وهذه البقع لا توجد في  
 الدرن الدخني ومنها ان الطحال في هذا المرض لا يفتقح استهنا عظيم وان  
 وجد احيانا لا يكاد يكون له ادى اهمية وفي التيفوس البطني يكاد يكون  
 على الدوام موجودا وان لم يوجد احيانا في التيفوس الطففي الا ان تضاح  
 الطفح الجملدي يغني عن هذه العلامة ومنها انه يندر عدم وجود الارتفاع  
 الطبلي للبطن في التيفوس البطني وكذا الاسهالات المصلية السائلة وزيادة  
 حساسية قسم الحفرة الحرقبية اليمنى وتآلمه فان هذه الاعراض لا تشاهد  
 في الدرن الدخني الحاد ومنها ان التيفوس لا يضعف مطلقا الاصابة الرئوية  
 المزمنة بخلاف الدرن الدخني الحاد فانه بعكس ذلك يكاد يصيب على الدوام  
 الانخفاض التي اعتراها هذا المرض فوجود اصبعية في احدى قتي الرئين امر  
 مهم يرتكن اليه في التشخيص ومنها ان ارتفاع درجة الحرارة في الدرن  
 الدخني اقل منه في التيفوس كانه على ذلك المعلم (وندرلش) وان درجة  
 الحرارة يندر ان ترتقي الى ٤٠ وانها ليست بنسبة سرعة النبض العظيمة جدا  
 \* (الحكم على العاقبة) \*

عاقبة هذا المرض تكاد تكون خطيرة على الدوام وانما توجد بعض  
 مشاهدات نادرة جدا للمعلم (وندرلش) تسمح بالقول بان الدرن الدخني  
 الحاد يمكن ان يقف وربما شفى بل والاحوال التي فيها يقف هذا الدرن الحاد  
 ويستحيل الى درن مزمن والى سل رئوي نادرة جدا وكلما كانت الحمى شديدة  
 والظواهر الدماغية اكثر تضاحا كان الانتهاء الممزن قريبا  
 \* (المعالجة) \*

يتضح مما ذكرنا ان معالجة الدرن الدخني الحاد لا تكون الاعرضية والعرض

الاكثر اهمية هي الحمى فان اكثر المرضى به يكون منهم اومن الجبلد جدا  
في الابتداء اعطاء مقادير عظيمة من سلقات الكيناثم فيما بعد اليه يتبع الامتناع  
اليه امل البارد او الحار والمواضع ولكن لا يرتكن الى منفعة ذلك  
ويمكن استعمال الوضعيات الباردة والمفصلات والمنبهات الجلدية والحقن  
بالرفين تحت الجلد لاجل مقاومة عسر التنفس الشديد واما السعال فيصير  
تطبيقه بالمخدورات وان ظن الطبيب ظهور اعراض درنية مجهاتية ساغ  
استعمال الوضعيات الجلدية على الرأس مع استعمال الوسايط العلاجية  
المستعملة في التهاب السحايا القاعدي

• (المبحث الخامس عشر) •

• (في سرطان الرئة) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

كيفية ظهور هذا المرض واسبابه كفا في التولدات المرضية الخبيثة على  
العموم غير واضحة

ثم ان سرطان الرئة مرض لا يظهر على حالة أولية الا نادرا يعني يندران يكون  
الجوهر الرئوي هو أول جزء من الجسم يظهر فيه ابتداء اثر السرطان بل يكاد  
على الدوام أن يبتدئ الاستئصال السرطانية في اعضاء اخرى سيما الغدة  
الثديية

• (الصفات التشريحية) •

السرطان الذي يظهر في الرئة عادة هو السرطان القاعى ويندر أن يوجد  
فيها السرطان الاسكري او الهلامي وتارة يظهر السرطان على شكل  
كتل مستديرة محدودة مختلفة الحجم فتكون من حجم حبة الشهد النج الى  
قبضة اليد مكورة لا ورام سرطانة منفردة ذات هيئة فتعابية وقوام رخو  
ويوجد فيها في الاصل قمار الملاصقة للبلور انواع تفرطح أو انبعاث سرطانى  
وتارة يكون السرطان مكتسبا لصفة السرطان المرتفع وهذا الشكل  
لا يكون كالذي قبله معتبرا بحد واضح بين التولد المرضي الجديد وجوهر الرئة  
المحيط به بل يتصف بعكس ذلك بحدود غير مدركة ولا يكون على شكل اورام  
مستديرة سرطانة والقول بان النضج المرضي في هذه الحالة الاخيرة يستحيل

الى الحالة السرطانية قدرفض الآن فينبغي توجيه كيفية حصول السرطان  
المترشح بان الاستحالة السرطانية متى ابتدأت في بعض جسيمات المنسوج  
انخلوى الضام للجوهر الرئوي وفي بعض الخلايا البشرية للحو يصلات الرئوية  
الى اخلية سرطانية فان هذه الاستحالة تمتد شيئاً فشيئاً الى باقى اجزاء المنسوج  
انخلوى المجاور والخلايا البشرية للحو يصلات الرئوية القرية ومن جهة  
اخرى توجه كيفية حصول الاورام السرطانية المنعزلة الكائنة في الجوهر  
الرئوي بان الخلايا السرطانية المتكونة ابتداءً في المنسوج الضام الخلاق  
تتمو بدون استحالة جديدة في الاجزاء المجاورة لو ادمرطانية معظم السرطان  
وكبره لا يتم في هذه الحالة الا بنمو الخلايا السرطانية المتكونة ابتداءً  
و المنسوج المجاور المحيط بهذه الاورام ينطرد ويتضغط

ومن النادر ان يحدث السرطان النخاعي ليناً في الرئة فيتلاشى جوهرها وينج  
عنه تكوين كهوف بل الغالب نموه وبروز من البلور التي تلتصق صفائحها  
بعضها بيسرعة فيلامس السرطان جدر الصدر بل وينقمها

### \*(الاعراض والسير)\*

لا تشاهد في معظم الاحوال اعراض خاصة بالسرطان الرئوي بل في الغالب  
لا يمكن معرفة هذا الماء الا في الاحوال التي نجا استأصلت الغدة الثديية  
من قبل او التي فيها توجد تولدات سرطانية باعضاء اخرى فان ظهرت في مثل  
هذه الاحوال اعراض تدل على حالة مرضية من منعة في الرئة كعسر التنفس  
والسعال والنفث الدموي وآلام في جدر الصدر لا ينبغي الظن حينئذ  
بتكوين دون في الرئة بل بسرطان بسبب ندوة التولدات المرضية عند  
المصابين بالسرطان وكثرة حصول التكتلات عقب استئصال الاورام  
السرطانية ويتأكد التشخيص اذا ثبت بالقرع والسمع وجود تكاثف  
في الجوهر الرئوي سيما اذا كانت هذه الاصعية في غيرة الرئين كما هي عادة  
مجلتها في السبل الرئوي ومن النادر ان يوجد في متحصل النفث جزيئات  
من اخلية سرطانية دالة وان وجد ذلك صار التشخيص أكيدا والذي  
يثبت به التشخيص ويتأكد هو انثقاب الجدر الصدري وظهور الورم  
السرطاني من خلال جدر الصدر

## \* (المعالجة) \*

لا يمكن الحكم على معالجة سرطان الرئة في حد ذاته وأما الذي ينبغي مقاومته  
تبعاً لما تقدم ذكره فهي الاحتمالات الرئوية للأجزاء المحيطة وأوديع الرئة  
والنصف الدموي

## \* (الفصل الرابع) \*

## \* (في امراض البلور) \*

## \* (المبحث الاول) \*

## \* (في التهاب البلور او يسمى عند الاقدمين بذات الجنب) \*

## \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

سنبز الالتهاب البلور او ي بشكين احدهما الشكل الذي يفتح عنه فحن  
في البلور والتصاق صفيحاته مع بعضها وثانيه ما الذي ينتج عنه ايضا فحن  
في هذا الغشاء الا انه ينشأ عنه مع ذلك نضح كثير اللقيمة أو قليلها وكذا كمية  
مقاومة من اخلية جديدة التكوين في تجويف البلور او نحن وريقات  
البلور والتصاقها ببعضها ينشأ من نمو وضخامة المسوح الخلوي الطبيعي  
والانسكاكات البلور اوية تكون نتيجة نضح خلقي وأما الاخلية الجديدة  
لخطة هذا النضح فان منشأها غير طبيعي في الاخلية البشرية المغطية  
للبلور وحسب منسوجها الخلوي

وأما ما يخص اسباب الالتهاب البلور او فيقال فيها ما ذكرناه في اسباب  
الالتهاب الرئوي

وهو انه لا يجوز اعتبار كل التهاب بلور او يحصل في الاشخاص غير الاقوياء  
بل ضعف البنية او المصابين بمرض آخر التهابات او يافته لو كان كذلك لازداد  
عدد الالتهابات البلور اوية الثانوية جدا عن الالتهابات البلور اوية الاولى  
ومثل ذلك يقال في الالتهابات البلور اوية التي كثيرا ما تظهر في اشخاص  
دائم يكت فانه ينبغي اعتبارها مضاعفات لهذا المرض الاخير لا تابعية له  
وكذا ما يشاهد كثيرا عند الاشخاص الناقمين من امراض ثقيلة والضعفاء  
جدا من ظهور التهابات بلور اوية أكثر من اقوياء البنية يكون مبنيا على زيادة  
استعداد للاصابة بالتهابات النسيجية ولا سيما بالالتهابات البلور اوية قيموقف

الحال على سبب آخر ولو خفيا يحدث به هذا المرض حيث لا ينتأ بدونه  
وعكس ذلك يقال في الالتهابات البليوراوية التابعة الناتجة بدون واسط  
عن حالة مرضية في الدم وتسجمه كالالتهابات البليوراوية التي تكون عرضا  
ملازما لتسجم الصدي للدم وهذا النوع يصحبه غيره من التهابات الأغشية  
المحاطة سيما المفصالية بدون أن يؤثر على الجسم سبب مضر آخر كالالتهابات  
البليوراوية التنفسية والتي تعقب الحصبه والتيفوس وفي جميع هذه  
الاحوال يكاد ينتج عن هذه الالتهابات البليوراوية التابعة انسكاب  
بليوراوى صديدي

واما الاسباب المتخمة للالتهاب البليوراوى فيعدها أولا الاصابات الجرحية  
في الاضلاع والبليورا بنقوذ اجسام غريبة او انسكاب مواد دموية او  
سذيية او غازية في التجويف البليوراوى فان جميع هذه المؤثرات تنتج  
عنها الاشكال المختلفة للالتهاب البليوراوى ولا سيما المعصوبة بنضج غزير  
كثير الليقية

ثانيا امتداد التهاب الاعضاء المجاورة سيما الالتهاب الرئوى المصيب للطبقات  
الدائرية من الرئة وقود ذلك وفي هذه الاحوال ينشأ عنها الالتهاب البليوراوى  
المعصوب بانسكاب بليوراوى قليل الكمية كثير الليقية لكنه احيانا قد  
يكون غزيرا جدا مصليا ليغيا

ثالثا بعد من ذلك الالتهابات البليوراوية المتعلقة بتغيرات مرضية غير التامية  
كالسرطان والحدن والرئتين وذلك متى وصلت هذه التولدات المرضية  
الغريبة الى قرب البليورا وفي مثل هذه الاحوال كثيرا ما يكون الالتهاب  
البليوراوى جافا قيودى الى التصاق وريقات البليورا بعضها وفي أحوال  
أخرى قد يحصل انسكاب بليوراوى كثير الغزارة أو قليلها أو تكون دون  
او سرطاني في الأغشية الكاذبة البليوراوية

رابعا الالتهابات البليوراوية تنشأ عن تأثير البرد او مؤثرات جوية أو ارضية  
مجهولة علينا وتسمى حينئذ بالالتهابات البليوراوية الروماتيزمية وفي مثل  
هذه الاحوال كثير ما يتفاوت النضج كما وكيفا

\*(العقات القشرية)\*

في ابتداء الالتهاب البليوراوى تكون البليورا ذات لون حمر باحتقان وعائى شعري مجلسه المنسوج الخلوى الضام تحت الغشاء المصلى ويوجد فيها ايضا نقط واشربة وردية ناتجة من الاحتقان الشعري الدقيق وزيادة على ذلك توجد نقط صغيرة من انسكابات دموية او يقع ايكة وزرية على شكل لطخ غير منتظمة جردا كنه يندران يشاهد فيها تقرعات وعائية ومنسوج البليورا يكون مرشعار غراو معظم اخليتها البشرية منفصلة وسطحها الاملس اللامع يصير متكدرا والبليورا نفسها مفتتحة قلبلا ثم يكتسب سطحها السائب هيئة غير منتظمة خشنة متلبدة ناتجة عن تكون ثنيات رقيقة وتجيئات حامية ملتصقة بها التصاقا متينا لا يلبس بالترانجات النخمية اللبمية وبالبحث بالمكروسكوب عن هذه التجيئات يظهر انها متكونة من خلايا جديدة التكوين شبيهة بالجسيمات الليثاوية وبقوى بعض هذه الخلايا على شكل أخلية مغزلية يتكون جوهر رقيق ضام وبعضها باجتماعه واصطفاقه تتكون أوعية شعرية وبذلك ينشأ مجموع وعائى مستطرق بأوعية البليورا يكون سيره متعرجا في المنسوج الخلوى الضام الرقيق المتكون حديثا

وتوجد هذه التغيرات في جميع أشكال الالتهاب البليوراوى سواء وجد انسكاب في تجويف البليورا أولا وسواء كان الانسكاب غزيرا أولا كثيرا اللبمية او قليلها وسواء كان كثير الجسيمات الصديدية او قليلها فينسب اليها بانفرادها تكوين الاغشية الكاذبة البليوراوية والتصاق وديقاتها ببعضها

ثم ان شكل الالتهاب البليوراوى الكثير الحصول جدا الذى لا يشاهد فيه الا التغيرات السابقة دون غيرها ويمكن تسميته بالالتهاب البليوراوى الخاف يندرج تحت عن صفاته التثرية بعد حصوله حالا وان تيسر ذلك فلا يوجد أدنى نضج سائب وانما يوجد خلية البليوراوى الذى تقدم ذكره فقط وزيادة على ذلك أن ما يشاهد بكثرة من التصاق وديقات البليوراوى بعضها التصاقا محكما بدون أعراض بليوراوية يثبت ثبوتا شافيا أن هذه الالتصاقات حصلت بدون نضج سائب فاما نساها أن حصول النضج

ولو قليل الكمية يصطبب بالأم شديدة جدا  
وأما شكل الالتهاب البلوراي ذي التضخم القليل الكثير اللبينة جدا  
فيشاهد غالبا مصاحبا لالتهاب الرئوى اللبني أو الآفات الرئوية المزمنة  
وفي مثل هذا الشكل توجد البلور الملتصبة التي اعتراها التغيرات السابقة  
مغطاة بطبقة لبينة رقيقة شبيهة بالغشاء تزيد في تعكر هيئة الغشاء المصلي بحيث  
لا يرى سطحه الحقيقي الا يكومزى الابد رف هذه الطبقة بطرف المشرط مثلا  
وفي أحوال أخرى يكون هذا الانسكاب كثير اللبينة جدا وكميته زائدة قليلا  
فحينئذ يشاهد على سطح البلور تراكمات مبيضة سمكة تبلغ نصف قطر خوة  
شبيهة بالعيشية اللبينة السكانية ومن الواضح ان التضخم في هذه الاحوال  
كان ابتداء حصوله سائلا ثم انعدم ولكن الغالب انه لا يمكن وجود جرم سائل  
يجوار هذا الجزء المنعقد في تجويف البلور او مقي آل هذا الشكل للغشاء  
فالتر كانت اللبينة تنحصر بعد سكايدة الاستحالة لشحمية وسيلولها فتقارب  
ورقات البلور النامية أخليتم من بعضها وتلتصق

وأما الالتهاب البلوراي ذو التضخم الغزير المصلي اللبني ففيه تغيرات جوهر  
البلور السابقة تكون عمدة جدا على البلور الحشوية والجدراية  
ويحصل في تجويفها انسكاب غزير جدا تبلغ كميته من دملين الى ثلاثة الى  
عشرة بل أكثر وهذا التضخم يتكون من جزأين أحدهما مصلي أصفر مخضر  
وثانيهما من مواد لبينة منهقدة تسبح في السائل على شكل ندف وتجمعات  
لبينة صغرة أو تكون فيه شبكة رخوة أو ترسب على سطح البلور مكونة  
لطبقة من أغشية كاذبة وكلما كان الانسكاب قديما كانت هذه المواد أكثر  
صلابة وتماسكا فتكتسب فيما بعد هيئة لبينة بدورأت تنعضى ويوجد على  
الدوام في هذا السائل المصلي وفي الترا كانت اللبينة جسيمات صديديّة منعزلة  
بحيث ان هذا الشكل لا يتميز عن الشكل الآتي الا بقله الكرات الصديديّة  
التي توجد بعدد عظيم جدا فيه وكلما كثرت الجسيمات الصديديّة زاد تعكر  
السائل المصلي وازدادت الترا كانت المصفرة ثم ان النسبة بين المصل والمواد  
اللبينة تختلف ومع ذلك فليس من الجائز اعتبار التضخم اللبني نتيجة لسوء  
القيمة أى الاخلال بالقيمة أعني لازدياد المواد القيمة للدم بل الذي يقرب من

الحقيقة خلاف ذلك وهو ان الالتهاب البليوراوى الذى تقرأ كم فى اثباته مواد لينة على البليورا ينشأ عنه كذلك ازدياد المواد اللينة للدم ايضا وان الانسكاب يزدا أحيانا ازديادا دفعا متعاقبا وحيث كانت هذه الازديادات ليست ناتجة بدون واسطة عن الاوعية الشعرية البليوراوية بل عن الاوعية الرقيقة المنسوجة الضام الجديد التكوين فقد ينتج فى الالتهاب البليوراوى المزمن من تحرق جدران الاوعية الرقيقة للجديدة التكوين انسكاب من مواد دموية تختلط بالسائل المنسكب ومن هذا يتكوّن الالتهاب البليوراوى ذو الانسكاب الدموى ويوجد على الدوام حول هذه الانسكابات التصاقات ناتجة عن النضج اللينى جديدة التكوّن بحيث يتكيس الانسكاب البليوراوى وهذا الامر مهم جدا بالنسبة لمجموع اعراض الالتهاب البليوراوى

وأما التغيرات التى تحصل فى الصدر والاعضاء المحتوى عليه عند وجود انسكابات بليوراوية عظيمة جدا فهى تبعاً للرأى المألوف (وكنسكى) التى شرحها بالذقة كما سأتى عبارة عن تمدد الصدر بعداً عظيماً واتساع المسافات بين الاضلاع وتقوسها نحو الظاهر واندفاع الحجاب الحاجز الى اسفل كما ان كلا من الحجاب المنصف والقلب يندفع الى الجهة المقابلة للانسكاب او الى الخط المتوسط اذا كان الانسكاب فى كلتا الجهتين والرئة كذلك تنضغط انضغاطاً عظيماً موافقة لدرجة كمية الانسكاب وتندفع الى الخلف والاعلى والانسية نحو الحجاب المنصف الخلقى والعمود الفقري اذ لم توجد التصاقات قديمة تمنع اندفاعها بهذه الكيفية وتوجد صغيرة الحجم بحيث لاتصل الى ربع حجمها الاصلى أو ثمنه وتكون منبججة أو مقرطجة من جهة سطح الظاهر المدب بحيث تشبه القطيرة المقرطجة وجوهرها يعتبره حالة ضووفى يكون أحمر باهتا أو أزرق مسهرا او رماديا شحيا شبيها بالجلد خاليا من الدم والهواء وتكون مسكّنة من جهة دائرتها أو حوافها وبغطاء غشية كاذبة تمتدة من البليورا الضلعية وفى اسوال الالتهاب البليوراوى الحزنى يكون كل من ترشح الرئة وانضغاطها قاصرا على جزء منها موافقا لجلس هذا المرض واعتماده ورئة الجهة السليمة تكون على الدوام مجلسا لاحتقان تواردى



تقدمي جاتي وفي احوال الانتهاء المحزن تكاد تكون على الدوام مجلسا لا وديا  
جانبية تقهومية

ثم اذا انتهت هذا الشكل من الالتهاب البليوراوى بالشفا يصير الانسكاب  
اكثر تركزا شأ شياً (وتبعاً لذلك يكون الامتصاص في الابتداء اسرع منه  
فيما بعد) وبالجمله يمكن ان يمتص الجزء السائل من هذا النضج بالكلية بحيث  
ان صفحات البليورا الغير المماسية بسبب الترا كانت اللبيفية تلامس بعضها  
والترا كانت اللبيفية المذكورة تعترجها الاستحالة الشحمية فتسبيل وتمتص  
وحينئذ يحصل التصاق ويربقى البليورا المتكاثفتين مع بعضها وقد يوجد  
بين هذه الالتصاقات بقايا الترا كانت اللبيفية الغير الممتصة وبعض العناصر  
الخلوية لا الانسكاب البليوراوى على هيئة مواد جينية مصفرة

ثم ان حصل امتصاص الانسكاب بسرعة تفقد الهوا ثانياً فتهد وتعود  
المسافات بين الاضلاع الى حالتها الطبيعية وكل من الحجاب المنصف والحجاب  
الخارج والقلب والكبد المنزح عن محله يعود الى محله الطبيعي

وفي احوال أخرى تلتصق جدر الخلايا الرئوية المنضغطة من منذ زمن طويل  
مع بعضها بحيث لا يمكن نفوذ الهوا فيها وأن الترا كانت اللبيفية اليابسة  
الكاثمة على الرئة المنضغطة تمنع غدها ثانياً ولا يمكن تعيين الزمن والمدة التي  
يحصل فيها هذا الامر مع الترا كيد فان حصل الامتصاص في مثل هذه  
الاحوال نشأ عن ذلك فراغ وصار كل من الصدر والاعضاء المجاورة له مجبوراً  
على المساعدة في امتلائه وذلك بانحذابها الى نحو هذا الفراغ تنهبط جهة  
الصدر المساعدة بحيث تكون تقعرها بدلاً عن تحدبها وتضيق المسافات  
بين الاضلاع الى أن تلامس بعضها ويهبط الكتف بل وية قوس العمود  
الفقرى بحيث يكون قوساً تقعره مما يلي الجهة المريضة والكبد الخنى يكون  
متدفعاً الى اسفل في احوال الانسكاب البليوراوى الايمن ينحذب الى اعلى  
بحيث كثيراً ما يصل الى الضلع الثالث وية القلب التي تكون متحولة جهة  
حافة القوس اليسرى في احوال الانسكاب البليوراوى اليسارى تنحذب جهة  
اليسار عقب امتصاصه بحيث يمكن ان تصل الى الخط الابطى اليسارى  
واما الالتهاب البليوراوى ذو الانسكاب الصليدى المعروف بالامبيما

وبالانسكاب الصدرى الصديدى فيه الجزء السائل من الانسكاب يشغل على أخلية صديدية عديدة جدا بحيث يكون سائلا غير شفاف مصفر كسيف وكذا الرواسب اللبنية يحتوى باطنها على جسيمات صديدية بكمية عظيمة جدا فتظهر رخوة ذات لون مصفر والانسكاب الصديدى هنا يمكن امتصاصه أيضا سواء في ذلك جزؤه السائل ومادته اللبنية وأخليته الصديدية بعد أن تعزيم الاستحالة التى تكرر ذكرها إلا أنه في هذا الشكل قليلا يحصل انتهاء آخر للالتهاب البليوراوى وهو أن تكون الكرات الصديدية لا يحصل فقط على السطح الساتى من البليورا بل يحصل أيضا في جوهر البليورا نفسه فتصير متعكرة لينة ويحصل فيها على التدرج فقد جوهر شيا فشيأ وان تقدم فساد جوهر البليورا وامتد وأصاب الوريقة الضلعية من البليورا أمكن أن ينفتح الانسكاب البليوراوى الصديدى فتخرج خارج بحيث أنه في الأحوال الجيدة يطمع في الشفاء عقب ذلك وتزداد الرئة ثانيا وبمذه المتأية يمكن أن يحصل انقباض الامبيهما في الرئة نفسها فيستفرغ الصديد من الشعب وحصول الشفاء التام في مثل هذه الأحوال بعد نادرا جدا

\*(الأعراض والسير)\*

الالتهاب البليوراوى الجاف لا ينتج عنه أعراض مخصوصة وان حصلت وكانت مصاحبة لظواهر مرضية أخرى فبالاقل لا يمكن تمييز أعراضه من أعراض المرض المصاحب له فقد يوجد في جثة بعض الأشخاص اتصالات نامية بدون أن يشاهد فيها مدة الحياة ظواهر مرضية واضحة والاتصالات الممتدة المتينة لور يقتى البليورا تمنع من انزلاق البليورا الحشوية على الضلعية ومن ثم تدور الرئة في أثناء الشهيق ولا بد من حصول ضيق خفيف في النفس لا يتضح غالباً إلا عند الاحتياج لسرعة النفس بواسطة المجهودات الجسمية أو خلافها

وأما الالتهاب البليوراوى ذو النضج البنى القليل فيكون مصحوبا بالام شديدة فاحشة تزداد بواسطة الانزلاق البطيئ للصفحتى البليورا عند حصول التنفس الطبيعى وتشتد جدا عند ما يكون انزلاق صفحتى البليورا على بعضهما سريرا كما يحصل ذلك عند التنفس العميق وبالأكثر يكون كل من

حركة السعال والعطاس مؤلما جدا فانه في اثناء هاتين الحركتين يعتري  
البليور التهابية ضغط من الباطن بواسطة الهواء المنضغط وكذا تزداد  
الآلام ازديادا عظيما وترتفع بالضغط على الاضلاع والمسافات التي بينها فانه  
يؤثر على البليور بدون واسطة والمرضى يتنفس تنفسا سطحيا مع الاحتراس  
وفي الغالب ينفخ جسمها الى الجهة المريضة اذهم هذا الوضع بقل وتوتر  
العضلات بين الاضلاع وغدها الملتب وزيادة على ذلك تحس بعض المرضى  
مدة التنفس باحتكاك في صفر محدود ومن الصدور ينضم ذات سعال الان  
هناك احوال لا يفقد بالكلية فيها وليس من الاكيد الى وقتنا هذا معرفة أن  
التهيج البليور اوى هل ينتج عنه معال بطريق الانعكاس كالتهيجات الانتهائية  
في الغشاء المخاطي الشعبي ام لا وهل كل سعال يظهر في التهاب البليور اوى  
يكون نتيجة مضاعفة رئوية أو شعبية

ثم ان التهاب البليور اوى ذا النضج المبني القليل ان لم يصطب بتغيرات  
التهابية شديدة في الجوهر الرئوي يكون سيره بدون حى واضطراب بني عمومي  
فلذا ترى أغلب المرضى المصابين به لا يمكثون باما كنهم بل يذهبون الى  
الطبيب لاستشارته

وقد ذكرنا سابقا ان ألم الجنب الذي هو أكثر الاعراض ايلاما للمريض في  
الالتهاب الرئوي المبني ويكاد على الدوام يتعلق بلاشك بمضاعفة ملازمة  
لهذا المرض أى بذات الشكل البليور اوى تكون مدته قصيرة دون باقي  
اعراض التهاب الرئوي والظاهر ان هذه الظاهرة ناتجة عن زوال انزلاق  
صفائح البليور على بعضها عند امتداد ارتشاح الرئة امتدادا عظيما بل  
وفي الاحوال التي فيها يحصل هذا المرض اوليا اي ذاتيا أو مضاعفا للمرض  
من من في الرئة نقص مدة آلام الجنب ايضا بحيث لا تستمر الا بهض ايام سيما  
بالمعالجة اللائقة ولا تمكث بعض اسابيع الا في احوال استثنائية وتكون  
ظاهرة مخوفة تكاد تتعلق دائما بتغير مرضى ثقيل في جوهر الرئة

واما التهاب البليور اوى ذو النضج المتأخر الى المبني الغزير الذي يظهر في كثير  
من الاحوال بظواهر مرضية عامة ثقيلة واعراض موضعية شديدة شبيهة  
باعراض التهاب الرئوي المبني فهو مرض حاد في كل من ابتدائه وسيره

فيبتدئ بشعريرة شديدة تعقبها اعراض حمية شديدة مع ارتفاع درجة حرارة وسرعة النبض وامتناعه ونضج لذلك آلام في الرأس والظهر والاطراف وفقد الشهية وزيادة العاش وغير ذلك من الظواهر التي تعقب الامراض الحادة المصحوبة بحمى شديدة ونوبة القشعريرة لا تكون واحدة على الدوام بل الغالب انها تتردد وهذا التردد يقرب جدا من الطرز الثلاثي بحيث كثيرا ما يشبه الالتهاب البليوراوي في ابتدائه بالحى المتقطعة

وفي ابتداء هذا المرض يكون هذا الشكل مصحوبا في كثير من الاحوال بالآلام شديدة ناعسة مجلسها عادة الجهة الجانبية من الصدر مثل الشكل السابق الذي كثيرا ما يستحيل الى هذا الشكل الاخير عقب ازدياد النضج فيه وغزارة مادته المصلية وبمقدوم سير هذا المرض يحصل تطيف في الآلام بل كثير ما تزول بالكفة ولوقبل ان يصل الالتهاب الى اشد درجة ارتفاعه وقبل ان يتم النضج بالكفة والسعال الذي يكاد لا يفتقد في هذا الشكل يكون احيانا متعبا مستقرا للغاية يسهل توجيهه في بعض الاحوال بالاحتقان التجميعي الجانبي والاوديميا الجانبية اللذين يعتريان اجزاء الرئة الغير المنضغطة وفي احوال اخرى لا ينضج توجيه حصول السعال

ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ضيق عظيم في النفس يرتقى الى اعلى درجة بازدياد الانسكاب ومن المهم معرفته ان ضيق النفس في احوال الانسكابات البليوراوية لا يتعلق جميعه بانضغاط اجزاء عظيمة من الرئة بل ان اجزاء عظيمة من ضيق النفس يتعلق باحتقان واوديميا اجزاء الرئة الغير المنضغطة انهم ما يحصل تناقص في متسع سطح التنفس ايضا وعلى كل حال فضييق النفس في الالتهاب البليوراوي يزول كما يزول في الالتهاب الرئوي متى زال ارتفاع الاعراض الحمية وسرعة التنفس سيما متى كان الانسكاب غير عظيم جدا

ثم انه بعد استقرار هذا المرض ستة ايام او غلانية وارتفاعه الى اعلى درجة يحصل انجلاء سريع وقلبي نحو الشفاء كما يحصل ذلك في الالتهاب الرئوي اللينى بحيث يتناقص كل من الاضطراب البني العموي وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء الحى (المعروف بالجران) وفي الاحوال الحادة يبتدئ امتصاص النضج ويتقدم تقاعها ويكون الامتصاص كاذكرنا في الايتداء سريعا

ثم يشفى شيئا فشيئا كلما تناقص الجزء السائل من الانسكاب وازداد تركزه بحيث يتحقق الطيب من وجود بعض الانسكاب البليوراوى بعد بعض أسابيع ولو كان المريض متحصلا على علم الشفاء في الظاهر وزيادة على هذه الاحوال التي فيها يسير هذا المرض سيرا حادا توجد احوال أخرى وان ابتداء المرض فيها ابتداء عاذا الا انه يكون ذا سير بطى "مستطيل" ففي انتهاء الاسبوع الاول او بعده ببعض ايام تتناقص الحصى ولا يزداد الانسكاب ثم يتبدى الانسكاب في الزوال بحيث ان أجزاء الرئة التي كانت منسغطة يتخذ الهواء فيها ثانيا غير انه ينبغي انظر الطبيب حصول تحسين واضح عند المريض يرى انه صار قصير النفس ويزداد السعال عنده ويتقذف منه ثمة دموى رغوى ويحصل أيضا توران في الحركة الحمية وعند البصث عن أعلى الصدر بالعلامات الطبيعية يوجد ازدياد في الانسكاب كعرض الكف بل أزيد بحيث انه وصل الى درجة لم يكن وصل اليها من قبل وبهذه الكيفية مع اختلاف الظواهر المرضية تستطيل مدة المرض الذي ابتداء حادا واستقر سيره مدة اشهر الى أن ينتهى انتهاء محزنا غالبا

وبالجملة توجد احوال عديدة أخرى فيها يتبدى هذا الشكل من الالتهاب البليوراوى ابتداء بطيا وغير مدرك ثم يأخذ سيراً مستطيلا عزمنا وفي مثل هذه الاحوال تفقد الحركة الحمية الالتهابية والالم أيضا وقله يفقد الالم الشديد الذى يتبدى به الاحوال التي سبق شرحها وليس من النادر أن لا يدرك المريض ضيق النفس وقصره وان استشار الطبيب فماذا لك الامن فقد قواء وبماتة لونه وخفاة جسمه واطن انه مصاب بمرض عزم من في البطن سيما ان كان الكبد مندفعاً الى اسفل في احوال الانسكاب البليوراوى اليميني وكان بارذا في المراق الايمن واحداث فيه ضغطا وتوترا ولا يخفى على كل طبيب ممارس للعمل وجود كثير من هذه الاحوال التي فيها لا يبقى المريض في فراشه ولا يعلم متى ابتداء معه الالتهاب البليوراوى والحال انه بالبحث الطبيعى كثيرا ما ثبت وجود انسكاب بليوراوى عظيم جدا مالى لتجويف البليورا والمخطاط القوى العظيم عند مثل هؤلاء الأشخاص يوضح بسهولة متى علمنا انه على الدوام تعتبر بهم الحركة الحمية وأنه يوجد عندهم في تجويف

البليورا كمية عظيمة من الانسكاب البليوراوى الكثير الزلال تصل كيمته من ١٠ أرطال الى ١٥ ومثل هذا الانسكاب يحصل فيه أيضا تغيرات بالزيادة والنقص على التعاقب ولا ينعص في الاحوال الجسيمة الا يبطئ جدا ثم تلك المرضى فيما بعد من استقرار حركة جنى الدم والسائل الرئوى الطارئ على ذلك

وأما الالتهاب البليوراوى ذو النضج الصديدى المعروف بالاميتيما وبالانسكاب البليوراوى الصديدى فانه يحصل متى كثر جدا تكوينا خلايا الجدينة الذى لا ية قد بالكلية في الاحوال السالف ذكرها بحيث ان أغلب المسائل يصير صديديا واعراض الانضغاط الرئوى في هذا الشكل هي عين ما وجد في الانسكابات البليوراوية القليلة الكرات الصديدية جدا وفي أثناء سير الامراض العمومية المصحوبة بفساد صديدى في الدم كثيرا ما تكون انسكابات بليوراوية كثيرة الكرات الصديدية جدا من الابتداء وفي مثل هذه الاحوال كثيرا لا تشكى المرضى باعراض موضعية نحو الصدر لكن هذا لا يتعلق بصفة الانسكاب نفسه بل بالاضطراب البنئى العمومى الثقيل مع اضطراب الوظائف الدماغية بحيث انه في مثل هذه الاحوال طالما نفع قد العلامات المحسوسة للمريض فلا يعرف الانسكاب البليوراوى الصديدى الا بالعلامات المدركة للطبيب

وأما انتهاء الالتهاب البليوراوى فيقال فيه ان جميع اشكال هذا المرض يمكن أن تنتهى بالشفاء بل والاتصافات العظيمة الممتدة لورقة البليورا لى تعقب الالتهاب البليوراوى لا تعتبر شفا غير تام فان كثيرا من الاشخاص الذين اعتراهم هذا الامر لا يتشكون منه ويعمرون زمنا طويلا وقد ذكرنا فيما تقدم ان الانسكابات البليوراوية ولو العظيمة جدا يمكن أن تقتصر ولو كان امتصاصها في الابتداء سريعاً وبطئاً جدياً فيما بعد ويغنى الاحتراس في تشخيص تناقص كمية الانسكاب البليوراوى في جميع الاحوال التى يشاهد فيها تناقص أصحمة الصدر وسقوطها الى أسفل فان تناقصها يمكن أن يكون مبنياً على أمر آخر بخلاف امتصاص الانسكاب وهو أن جدر الصدر والمسافات بين الاضلاع تصيراً كثر رخاوة وكثيرة التمدد وان الحجاب الحاجز

باسترخائه من شدة الضغط يسقط الى أسفل ولذا يعتبر ما ذكرناه عند الحكم على الامور المذكورة وبالجملة لا ينبغي للطبيب اليأس بسرعة من عدم امتصاص الانسكاب في الاحوال التي هي استعصى هذا الامر زمانا طويلا اذ كثيرا ما يحصل ذلك ولو بعد زمن طويل

وأما الالتئام بالشفاء الغير التام فيعبر عنه بالحالة التي فيها لا تمتد الرئة ثانيا ولا تقبل الهواء بسبب فكيسه بالتصاقات متينة من تولدات غشائية أو بسبب التصاق جدر خلاياها وانسداده وفيما ينخسف الصدر وتضرب الاعضاء الحشوية المجاورة لاجل امتلاء المسافة الفارغة المتكونة وعند هؤلاء المرضى ان كانوا مقعنين بعصاة جيدة تكفي اجزاء الرئة السليمة غير المصابة في ادخال كمية كافية من الاوكسجين في الدم وخروج مقدار كاف من حمض الكربون وفي مثل هذه الاحوال وان فقد جرم عظيم من الوعية الشعرية الرئوية يكفي القلب الذي اعثرته الضخامة في احداث سرعة في دورة اجزاء الرئة السليمة بحيث لا يشاء من ذلك اضطراب دورى عظيم في الدورة العظمى

ثم ان حصل انفتاح الاميبيا الصدرية نحو الظاهر وذلك يكون غالبا بين الضلع الرابع والخامس لافي الاصغار الاكثر انحدارا من الصدر شوهد ابتداء انفتاح أو ذمجاوى في الجلد الظاهر من الصدر ثم يعقبه ورم بارد يابس صاب بين الاضلاع وعماق قليل يظهر فيه القويج ثم يفجر هذا الورم وتخرج منه كمية عظيمة من الصديد وهذا الالتئام لا يؤدي الى شفاء تام لافي احوال قليلة وذلك بتعدد الرئة ثانيا بحيث يمتلئ الفراغ الذي كان مشغولا بالقويج بل الغالب في مثل هذه الاحوال انجذاب الاعضاء الحشوية المجاورة وتغير وضعها وفي احوال انفجار الورم الصديدي الصدرى من الظاهر فالغالب عدم انسداد الفتحة انسدادا غير تام فتستحيل الى قوطة ناصورية تخرج منها على الدوام أو زمانا فزمناما مواد صديدية بكمية عظيمة وبهذه المناسبة يمكن أن تعيش المرضى زمانا مستطيلا

وعند انفجار الانسكاب الصديدي الصدرى في الرئة تشاهد ظواهر رئوية نهائية خفيفة قبل حصوله فيحس المريض بالآلام ناعسة في الجنب ويقذف نفضا عمما وتكون ذلك وفي احوال أخرى يحصل هذا الانفجار بدون هذه الظواهر السابقة

فيستقرغ المريض بالسعال دفعة واحدة عقب نوب سعال شديدة تقفا صليديا كثيرا جدا وفي النادر من هذا القبيل قد يحصل الشفاء عقب انخفاف الصدر أو بدونه والغالب أن المريض يهلك بظواهر الاختناق أو التجمع الصدري الصديدي الغازي

وأما انفتاح الاميب في الجباب الحاجر أو في الاعضاء المشوية المجاورة فعقب بظواهر الالتهاب البريتوني الشديد جدا وظواهر استسقاءات غير طبيعية لا يمكن شرحها الا مع التطويل الممل

وأما الالتها بما لموت فيكون غالباً في الالتهابات البليوراوية الحديثة العهد التي يرثى فيها في الغالب الاستسقاء التقيمي الجاني الى درجة الاوذيميا الحادة الشديدة جد في اجزاء الرئة السليمة فتحصل الغاط خرخرية وينتذف نفث زبدى مدم ويحصل ضيق عظيم في النفس ثم تظهر بسرعة ظواهر التسمم بجمض السكر بون فتضطرب الوظائف العقلية وتحمدم ويحصل هبوط عام عظيم مع ضعف في ضربات القلب وبصغر النبض وتبدد الاطراف فهلك المرضى بسرعة

وفي أحوال أخرى يحصل من انضغاط الرئة وأوعيتها شعيرة استسقاء غير تام في البطين الايسر مع امتلاء احتباسي في البطين الايمن وأوردة الدورة العظمى وقديته المعلم (برتلز) على انه عند ترشح القلب وتحويله الى الجهة اليمنى يستري الوريد الاجوف السفلي انثناء وانحناء عند ممره بالجباب الحاجر من المسافة المربعة وبواسطة هذا الانحناء ينشأ اضطراب عظيم في الدورة العظمى وينشأ عن الامتلاء غير التام للجموع الشريانية الابهري زيادة عن مسعر النبض تناقص عظيم في كمية البول وتركيزه تركزا عظيما وأما امتلاء الاوردة واحتباس الدم فيها فينشأ عن ظواهر سيانوفية واستسقاءات ولا يندر أن ينتج عن عوق استسقاء دم الاوردة الكلوية ظهور الزلال أو الدم أو الاسطوانات الميقيمة في البول

وفي أحوال أخرى يحصل الموت عقب انقباض الانسكاب الصديدي الصدري في الرئة أو تجويف البطن أو نحو ذلك وأكثر من ذلك حصول الموت في أحوال الانسكابات البليوراوية التي



لم تقتصر بواسطة الجوى ولو كانت درجتها خفيفة فأنما تنهك البقية ولذا يعبر عنها بجوى الدق

وأغلب من يعتريهم انسكابات البلور او به لا تقتصر الا على امتصاصها غير تام بل تكون من الالتفات الرئوية المزمنة والدرن الذى يتكون فى رئة الجهة السليمة عقب تردد الاحتقانات الرئوية وفى الجهة المريضة عقب تكرار الاحتباسات الافرازية النزلية

**\* (فى العلامات الطبيعية للالتهاب البلورى اوى) \***

بالبحث بالنظر فى أحوال الانسكابات البلورية او به القليلة المكونة لطبقة غشائية رقيقة على وريقتى البلور او تكون متجمعة فى الجزء السفلى من تجويفها بدون ان تضيقه ضيقا عظيما ان كان التضيق سائلا لا يستدل على شئ وانما اذا كان التنفس مؤلما يرى ان المرضى تصور الجهة المريضة عن الحركة وان حركات التنفس فيها أقل امتدادا من الجهة السليمة

واما فى أحوال الانسكابات البلورية او به الغزيرة فبالبحث بالنظر يشاهد مجموع الظواهر الناشئة عن كون السطح الباطنى من الصدر ليس معرضا كما فى الحالة الطبيعية لطب الرئة المسرنة بل ان غط الانسكاب المرضى فيوجد اولاً ان المسافات بين الاضلاع فى الجزء الذى فيه الانسكاب لا تكون مكونة لميازيب سطحية بل تكون هى والاضلاع المجاورة لها فى محاذها اقواساً فتكون منعجة أو مفرطجة بل تكون فى النادر بارزة قليلاً ثانياً يشاهد عند وجود انسكابات عظيمة مائلة لتجويف البلور ان جهة الصدر المريضة ممتدة فى جميع اتجاهاتها سيما فى قطرها المقدم الخلقى أى القفصى التدي وعند ما يكون الانسكاب غير عظيم الكمية جداً او متكيساً فى الجهة السفلى الخلفية من تجويف البلور يكون التمدد قاصراً على الجهة المسامتة للانسكاب ويندرجداً أن يشأ عن الانسكابات البلورية او به المتكيسة فحداً فى جدر الصدر بغير هذا المحل ثالثاً تحدث الانسكابات البلورية او به اليسارية تحولات فى القلب وفى أحوال الانسكابات البلورية او به اليمنى اندفاعاً الى الكبد بحيث يشاهد بالنظر أن ضربات القلب مدركة جهة الانسبة والاسفل بل أحياناً تشاهد على عين القص أو يشاهد تمدداً واضحاً فى المراققين دال على اندفاع

الكبد الى أسفل وزيادة على نتائج الانسكاب البليوراوى هذه الناحجة عن الضغط الواقع على جدر الصدر من الباطن الى الظاهر يشاهد بالنظر أن جدر الصدر في مسامته الانسكاب البليوراوى لا تشترك في الحركات التنفسية وتوجه هذه الظاهرة بسهولة بان العضلات بين الاضلاع تكون من جهة مجلس الارتشاح أو ذى ماوى تسمى جاتي فتكون في حالة استرخاء مثلاً ومن جهة أخرى لا يمكن تمدد جدر الصدر في تلك الجهة بسبب عدم تمدد الرئة وان كان الحجاب الحاجز مندفعاً الى أسفل اندفاعاً عظيماً بواسطة الانسكاب بحيث يكون تحديداً عظيماً في تجويف البطن وكانت اليافه العضلية غير منفصلة تفرطح هذه العضو بواسطة انقباض اليافه عند اندفاعه الى أسفل بحركات الشهيق ويشاهد تبعاً لذلك انخساف القسم الشراسيفي في المحل المسامت لمجلس الانسكاب عوضاً عن تحديه

ثم ان تمدد الرئة في أثناء امتصاص الانسكاب البليوراوى تمعداً تاماً لا تبقى علامات ظاهريه في جدر الصدر تدل على المرض الذي كان موجوداً من قبل فانه بعد انتهاء امتصاص الانسكاب تعود المسافات بين الاضلاع الى شكلها مكرنة لما يرب سطحية وتكون معرضة ثانياً لجذب الرئة المبردة وتمدد الصدر يحصل فيه انتظام ويزول اضطراب حركاته التنفسية ويعود كل من القلب والكبد الى محله الطبيعي وانما في بعض الاحوال يبقى القلب ولو بعد امتصاص الانسكاب البليوراوى امتصاصاً تاماً متحولاً عن محله بسبب تثبته بالصاقات مرضية

واما اذا لم تمعد الرئة ثانياً في أثناء امتصاص الانسكاب البليوراوى فان تجويف الصدر يتناقص في جميع اقطاره ويحصل فيه قصر يتقارب الاضلاع بل وانزلاقها على بعضها وتقرطحها من الامام الى الخلف وكلما زال شكل التجويف المستدير في الصدر وكان تقرطحه عظيماً تناقصت (تبعاً للنواميس الطبيعية) قابلية احتواء هذا التجويف واتساعه ولو بقي محيطه على حاله ولهذا السبب يوصى في الاحوال التي ابتداء فيها امتصاص الانسكاب البليوراوى بقياس محيط جهتي الصدر ومقارنتهما البعض ما زماً فزماً لاجل معرفة درجة تقدم امتصاص الانسكاب وتمدد الرئة ثانياً ولا

يقصر على ذلك بل ينبغي قياس طول القطرين القصرين الثمينين بواسطة  
 برجل ومضاهاة نتيجة القياس في الجهتين والاجود في ذلك قياس اقطار  
 الصدر ببرجل المعلم (ولير) اذ به يمكن معرفة جميع اقطار الصدر حيث انه  
 ذو شعب يمكن وضعها على بعضها بسهولة واستفاج الفرق وكلما اندفعت  
 اضلاع الجهة المربعة ازداد انحناء الكتف وتقوس العمود القفري فلا  
 يكون من النادر ان كلامنا من انحناء احدى جهتي الصدر وسقوط كتف  
 الجهة المسامة وتقوس العمود القفري تقوسا جانبيا يلي تحديده الجهة  
 السليمة يكون عظيمها جدا بحيث تنتشر هيئة الشخص المصاب بالسكبة ويعبر  
 عنه العوام اذ ذلك بالاحسب

وبالجملة يمكن الاستدلال بالبحث بالنظر عقب امتصاص الانسكاب البليوراوى  
 اليسارى وعدم تعدد الرئة اليسرى عن تحول قبة القلب جهة اليسار بحيث  
 تكون بضائته قريبا من الخط الابطى اليسارى وهذه الظاهرة تنشأ عن كون  
 القلب الذى كان مندفعا جهة اليمين بواسطة الانسكاب قد انجذب جهة  
 اليسار عند امتصاص هذا الانسكاب وزواله شيئا فشيئا حتى يلا الفراغ  
 ولندكر هنا أن كلامنا من رجوع محيط الصدر الى حالته الطبيعية وتناقص  
 تجويفه الذى كان متقدما من قبل بواسطة الانسكاب البليوراوى لا يدل على  
 زوال هذا الانسكاب بالسكبة فان الرئة المنضغطة انضغاطا تاما لا تستغل  
 الا برأقلها جدا بحيث لم يزل يبق مع تناقص تجويف البليورا تناقصا عظيما  
 مسافة عظيمة مشغولة بالسائل

وعند البحث بالجرس يحس ما يسمى باللفظ الاحتكاكى أو المبشرى وينتسكلم  
 على صفات هذا اللفظ وتمييزه عن الغاط أخرى مشابهة له تدرك بوضع اليد على  
 الصدر وتنتسكلم أيضا على شروط ظهور هذا اللفظ وزواله وذلك عند الكلام  
 على السمع

وزيادة على ذلك في الجرس يمكننا الاستدلال على علامات مهمة في تشخيص  
 الالتهاب البليوراوى المصحوب بالانسكاب الفزير بواسطة الصفات  
 المخصوصة لمركبة الاهتزاز الصوفى الصدرى عند وجود انسكابات في تجويف  
 البليورا ويمكن أن نقول بطريقة عمومية ان حركة الاهتزاز الصدرى أو

الاهتزاز الصوتي الصدري تكون ضعيفة جداً أو من الباطنية الكلية في جميع  
 اجزاء الصدر التي يوجد فيها انسكاب بليوراوى ملامس لجدر هذا التجويف  
 وان كل انسكاب بليوراوى عظيم يمنع سريان موجات الصوت من الهواء  
 الموجود في الشعب الى جدر الصدر بحيث يعوق رنانة التوجات المذكورة  
 ومن المعلوم ان جوهر الرئة المتقبض يسهل توصيل التوجات الصوتية الى  
 جدر الصدري وقل عوق وضوحها أكثر من جوهر الرئة الطبيعي غير المتقبض  
 وحيث ان التوجات الصوتية في الاحوال الطبيعية تكون في الجهة اليمنى  
 من الصدر أو وضع من الجهة اليسرى فتشخص ضعف هذه التوجات  
 لصوتية الصدرية أو فتدها بالكلية في الجهة اليمنى ذوأهمية عظيمة زيادة عن  
 وجود هذه الظاهرة في الجهة اليسرى وقد يرتكن في التشخيص الى فقد  
 الاهتزازات الصوتية الصدرية دفعة واحدة في الجهة المقدمة والجانبية من  
 الصدر الى تعيين حدود الانسكاب وأما في الجهة الخلفية فان هذه الظاهرة  
 لا تو جد بديل يكون فقد الاهتزازات الصوتية الصدرية تدريجياً وقد ثبت طبقاً  
 للمشاهدات الاكيدة لاهم (سيفس) ان الاهتزازات الصوتية الصدرية في  
 أحوال الانسكابات القليلة تكون ضعيفة كثيراً أو قليلاً وعند وجود  
 انسكابات عظيمة تكون موقودة بالكلية في الطبقات السفلى ومتناقصة في  
 الطبقات العليا وان هذا التناقص يتزايد تدريجياً كلما قرب من موازاة سطح  
 لسائل وفي الأشخاص الضعفاء الصوت الذين لا تتحرك عندهم  
 التوجات الصوتية الصدرية فقد هذه العلامة التشخيصية المهمة في  
 تشخيص الانسكابات البليوراوية

وبالجملة يستنتج بالبحث حول الكبد والقلب بواسطة الانسكابات البليوراوية  
 كما ذكرناه عند الكلام على البحث بالنظر فانه في أحوال الانسكابات  
 البليوراوية اليمنى العظيمة كثيراً ما يحس بأن حافة الكبد مجاوزة لحافة  
 الاضلاع بقدر جملة أصابع

واما البحث بالقرع فلا بد لنا على شيء واضح عند وجود انسكابات بليوراوية  
 قليلة جداً متراكمة على ورقتي البليوراوى على هيئة صفائح منعقة رقيقة وكذا  
 الانسكابات البليوراوية القليلة فانها لا تغير لفظ القرع واما الانسكابات

البليوراوية العظيمة جدا التي بها تندفع الرئة بعيدا عن الحجاب الحاجز وجدار  
 الصدر في امتداد عظيم فانها تكون مصحوبة بتغيرات واصفة في صوت القرع  
 وهي اولاً ان يكون صوت القرع في المحال التي فيها يوجد الانسكاب  
 البليوراوي ملامسا لجدار الصدر ومانعا بالكلية لتقو جاته عند القرع فان  
 صوت القرع يكون فيه اصمبة تانيا انه في المحال التي فيها يكون جوهر الرئة  
 المنقبض المحتوى على هوا ملامسا لجدار الصدر في امتداد قليل يكون صوت  
 القرع قارعا طليبا والشروط التي بها يتعلق حصول الصوت الاصم والقارغ  
 والطبي قد ذكرت موضحة فيما تقدم وليس هنالك مرض من الامراض به يتضح  
 لفرق بين صوت القرع الاصم والقارغ مثل الالتهاب البليوراوي المصحوب  
 بالانسكاب غزير واصمبة صوت القرع الناتجة عن الانسكابات البليوراوية تتضح  
 اولاً في الظهر اسفل الكتفين وان صعدت الى أعلى فانها تمتد الى الامام غير ان  
 الاصمبة في الجهة المقدمة من الصدر لا تكاد تصل مطلقا الى حذارتها في  
 الجهة الخلفية منه وفي أحوال كثيرة لا تمتد الاصمبة المرتفعة جدا من الخلف  
 الى الجدار المقدمة من الصدر بل الى الخط الابلي فقط وفي أحوال أخرى سيما  
 الاحوال التي فيها يكون الانسكاب البليوراوي مائلا لجميع تجويف البليورا  
 يكون حده الاصمبة العلوي من الامام منخفضا قليلا عن حدها من الخلف  
 واصمبة صوت القرع في الجهة المقدمة من الصدر تنقل دفعة واحدة الى  
 الصوت الغدير الاصم القارغ والطبي فيقول ان عن بعضهما بمحد واضح واما  
 اصمبة صوت القرع في الجهة الخلفية من الصدر فانها تضعف شيئا فشيئا  
 ويقل انصاحها كلما قرب القرع من الحد العلوي للسائل ومداره هذه  
 المظاهر في الاشكال الاعتيادية للانسكاب البليوراوي على ان كثافة  
 طبقات هذا الانسكاب المتعلقة بها الاصمبة في الجهة الخلفية من الصدر  
 تتناقص تدريجا كلما صعد الى أعلى ثم ان شكل اصمبة صوت القرع وحدودها  
 لا يختلف باختلاف أوضاع المريض عادة فانه يتكون حول الانسكاب  
 التصاقات خفيفة أو متينة تحيط به والاتصاقات الخفيفة وان امكن معها  
 انزلاق وريقات البليورا على بعضها الا انها لا تسمع لها بعدا بواسطة اندفاع

السائل نحوها

وأما البحث بالتسمع فيسمع به لفظ احتكا كفي الاحوال التي فيها تكون  
وريقنا البلور افا قد تين للاسمها الطبيعية بواسطة تراكمات لبقية  
أو تولد ان خشنة بشرط أن تتلامس هاتان الوريقتان وتترقا على بعضهما  
بسرعة في أثناء حركات التنفس وهذا اللفظ الاحتكا كفي يسمع في أشياء  
الشهيق والزفير ويشابه بالكلية لصوت البشر أو الحك بالاعظام أو أزر الجلد  
الجديد وغالباً يكون هذا اللفظ قصيراً المتقراً قرن شبهه الالفاظ الشخيرية  
المحسوسة باليد غالباً لكن ندر أن يكون هذا اللفظ الاحتكا كفي واضحاً مثل  
اللفظ الشخيري وزيادة على ذلك فإنه لا يتغير بواسطة حركة السعال بخلاف  
لفظ الشخيري فإنه يكاد ينفقد بالكلية بعد السعال القوي أو بالقل  
يقتا قص بالكلية وبالجملة فما بعد واصفاً لهذا اللفظ الاحتكا كفي كثرة  
انضاحه عند التسمع الممدى بواسطة السماع والضغط القوي به على جدر  
الصدر ومن التادر أن يسمع في ابتداء المرض فان التراكبات اللبغية في ابتداء  
الالتهاب البلوري لا تكون كثيرة الخشونة والرضى كذلك تجنب  
حركات التنفس القوية من الألم فلا تنزلق صفيحات البلوراء على بعضها  
بسرعة وأكثراً يسمع فيه هذا اللفظ الزمن الذي فيه تكون وريقنا البلوراء  
منفصلتين عن بعضهما بمواد مصلية ثم يتبدى امتصاص هذا الانسكاب  
فتتلاصق وريقنا البلوراء كما أنه يكثر انضاح هذا اللفظ عقب استقراغ  
السائل بواسطة البزل

ومن ثم ما يكون الانسكاب البلوري في غير عظيم الحجم جداً يسمع في الاجزاء  
التي صارت صعبة جوده لفظ تنفس حويصلي ضعيف جداً وأما اذا كان  
الانسكاب غزيراً جداً بحيث تنضغط الحويصلات الرئوية والقروغ  
الشعبية فلا يسمع في الاجزاء الصماء أدنى لفظ تنفس أو بالا كثر يسمع  
ضعيفاً جداً غير واضح وانما يسمع بين الكتف والموذ الفقري أعنى في الجهة  
التي تكون فيها الرئة المنضخطة ملاءمة لجدر الصدر وتنفس شعبي ضعيف  
أو كلمة ممدى كذلك وربما كان الاخيراً حياً ناذافة مقطعة فيسمى  
بالصوت المعزى وفي بعض الاحوال سيما عند وجود عمر عظيم في التنفس

ولومع انضغاط الرئة ومعظم الشعب وفراغ الرئة من الهواء يسمع تنفس شعبي واضح ممتد في جميع محيط الصدر حتى في الحال التي فيها كمية عظامية من السائل الفاصلة لجدر الصدر عن الرئة المنضغطة بل ويسمع ذلك أيضا في الجهتين الخائبتين من الصدر وأما في حذاء أجزاء الرئة غير المنضغطة للجهة المريضة والرئة السليمة فإنه يسمع لغط تنفسي حويكي واضح جدا يسمى بالتنفس الطقيسي وان كانت هذه الاجزاء مجلسا لا تتحركان تضمي جاني وحالة نزلية تسمع الغاط اما خروية أو فرعية

ومن الواضح ان العلامات الطبيعية للالتهاب البلوري راوى تنوع كثير عند وجود التصاقات بلورية قديمة تمنع من تراكم الانسكاب في الاجزاء المنحدرة من الصدر والتعرض لتوضيح هذه التوزيعات مع التفصيل يخرجنا عن الموضوع فنسذكر فقط ان الانسكابات البلورية ولو الكثرة جدا المتكسبية بين قاعدة الرئة والحجاب الحاجز تعسر معرفتها بل وربما انتهت بالكافة

### \* (التشخيص)

يرتكز في التشخيص القيسي بين الالتهاب البلوري ذي الانسكاب الغزير والالتهاب الرئوي على الامور الاتية وهي أولا ان الالتهاب البلوري راوى لا يكاد يتبدى مطلقا شعيرة لا تعود نائبا بخلاف الالتهاب الرئوي فان ابتداءه بما ذكر هو المألوف ثانيا ان سير الالتهاب البلوري راوى لا يكون دوريا واتجاها فهو الشفاء فيه لا يحصل حصولا تاما دفعة واحدة على شكل مجرى بخلاف الالتهاب الرئوي ثالثا في الالتهاب البلوري راوى قد ينقذ من المريض نفث زلى أو مصلي محتواحيانا على أشرطة دموية ولا يتصدق منه نفث لزج مصفر أو محمر فيه المواد الدموية مختلطة اختلاطا كليا مع النفث اللزج المعروف بالنفث الصدائي أو الزعفراني الذي هو علامة للالتهاب الرئوي رابعا توجد علامات طبيعية تدل بالاختصاص على وجود الانسكابات البلورية وهي تمدد الصدر وانحجاء الميازيب بين الاضلاع وتحول القلب والكبد عن محلهما وضعف الاهتزازات الصوتية الصدرية أو زوالها بالأكبية والاصمية التامة لصوت اترع وضعف لغط التنفس

أوزواله بالكيفية بخلاف التهاب الرئوي فقبسه لا يكون الصدر مقعدا  
والمازيب بين الاضلاع غير منتعجة والقلب والكبد غير متحولين عن محلها  
والاهتزازات الصوتية الصدرية يندران تكون ضعيفة بل كثيرا ما تكون  
متزايدة وأصحية صوت القرع لا تكون ناعمة ولغظ التنفس يكاد يكون على  
الدوام شعبيا

ولا يندران المرضى المصابين بانسكابات بليوراوية يمينية يظن بانهم مصابون  
بمرض في الكبد ولذا كان من المهم في جميع الاحوال التي يكون المكبد فيها  
مجاورا لحافة الاضلاع ويعرف ذلك بواسطة الجس والقرع وماثا للمراقب  
الاعمى أن يتأكد الطبيب من كون الكبد متزايدا في الحجم أو منعدمها إلى  
أسفل ولاجل عدم الوقوع في الخطا واختلاط هاتين الحالتين ببعضهما تعتبر  
الامور الاتية وهي أولاه من الدادر أن يدفع الكبد المتعدد الحجاب  
الحاجز إلى أعلى ولذا متى كان الكبد مجاورا لحافة الاضلاع ووجد أصحية في  
الصدر واصله إلى أعلى الحد الطبيعي من الاصحية اعلمنا من الكبد ساغ للطبيب أن  
يستنتج من ذلك مع التقريب وجود انسكاب بليوراوي في الجهة اليمنى من  
الصدر واندفاع الكبد إلى أسفل ثانيا انه في الاحوال النادرة التي فيها يدفع  
الكبد المتعدد الحجاب الحاجز إلى أعلى ويرز في تجويف الصدر ( كما يحصل  
ذلك عادة من الاورام الديدانية المتكيسة ومن الخراجات المتكوية في محبب  
الكبد ) تكون الاصحية ممتدة إلى أعلى في الجهة المقدمة من الصدر أكثر  
منها في الجهة الخلفية وهذا بخلاف ما في الانسكابات البليوراوية فان الامر  
فيهما يكاد يكون بالعكس على الدوام ثالثا ان كلا من أصحية الصدر والحد  
الأسفل للكبد يدفع إلى أسفل في اناسمركة لشهيق عند ما يكون الكبد  
مقعدا وإلى أعلى عند سركة الزفير وهذا لا يشاهد مطلقا في الانسكابات  
البليوراوية العظيمة فانه بهذه الانسكابات يدفع الحجاب الحاجز إلى أسفل  
ويبقى حافط الوضع شهيق على الدوام رابعا في أحوال تعدد الكبد لا يوجد  
حد فاصل بين مقاومة جذر الصدر والكبد بخلاف ما اذا كان الكبد  
منفردا إلى أسفل وانه يوجد بين حافة الاضلاع والكبد المذفع مسافة ضيقة  
مرنة حاملا الاشد وأن تكون الاضلاع في أحوال اتساعها اسكبد وتعدد.



من دفعه الى الخارج والميازيب بين الاضلاع لا تكون مفرطة ما عدا  
الاحوال الامتنائية التي فيها يكون الكبد مجلجلا ورام حويصلات  
ديدانية متكيسة أوخراجات عظيمة جدا من دفعه بالكلية نحو الصدر  
وملاسة اسطحه الباطن

وأما التمييز بين الانسكابات البليوراوية اليسرى وتعدد الطحال فالأسمدة  
فيه على تغير حدود الأصمية في أثناء حركة الشهيق والزفير فان هذا التغير  
يفقد بالكلية في الانسكابات البليوراوية وتسهل معرفته في أحوال تعدد  
الطحال

وبالمجمل يمكن الظن بمحصول السيل الرئوي في أحوال الانسكابات  
البليوراوية عند استقرار الحوى وارتقاء تخافة المريض الى درجة عظيمة  
وبهاته لونه فينبغي أن يعلم أن كلامنا الحوى والتخافة يمكن أن يتعاقب بالتهاب  
بليوراوي خفي السير كما انه يجب التفطن لحصول هذا الامر وطوره السيل  
على مثل هؤلاء المرضى فيلزم تذكر البحث الطبيعي عن الصدر بجملة مرات  
\*(الحكم على العاقبة)\*

الالتهاب البليوراوي الحاد مرض خفيف جدا وكذا الالتهاب البليوراوي  
ذو الانسكاب اللينى القليل الكمية لا يحصل عنه أدنى خطر غالبا ولو أن الالتم  
المصاحب يكون ميبيا عظيما في ضيق النفس وهذا المرض يزيد في خطر  
المريض من أصابته بالالتهاب الرئوي أو الدرن الرئوي ونحو ذلك وأما  
أشكال الالتهاب البليوراوي ذي الانسكاب المصلي اللينى الغزير جدا  
فأحدها عاقبة بطرأ فيها بكيفية حادة وتسير سيرا حاداً وأما ما يحصل بكيفية  
خفية ويسير سيرا بطيئا فعاقبته غير جيدة وذلك لأنه وان حصل الامتصاص  
فيها فان الدرن الرئوي غالباً يخلطها ومثل ذلك يقال في الانسكاب الصدري  
الصدیدی الذي يعقب الشكل السابق وأما الانسكاب الصدري الصدیدی  
الذي يحصل من الابتداء ويكون صديدياً من أول حصوله بسبب المرض  
الأصلي كالتسم الصدیدی وحى النقص فأنذاره خيئ للفاية

ويعتبر من العلامات الجيدة تنقص الانسكاب لكن لا ينبغي أن يغتر الطبيب  
بجمالة قوى المريض الجسدية فان الخطر في معظم الاحوال ينشأ عن النوبة

وبالجملة متى كان امتصاص الانسكاب سريع الحصول كثرة العنيم في عقد  
الرقة ثانياً وعدم حصول نشوة في الصدر

وأما العلامات العبر الجيدة التي يحكم منها على عاقبة غير جيدة فهي علامات  
الاوذيميا الرئوية وعدم تكسب الدم وتجوؤه والا فرازا البول القليل فان  
هذا يدل على قلة امتلاء المجموع الشرياني ولا كثر خطرا مما دام اعراض  
امتلاء المجموع الوريدي واحتماس الدم فيها كالسيانوز والاسهقاء  
وظهور المواد الزلالية في البول وكلما استطال مكث الانسكاب كان الحكم  
على العاقبة غير جيد وبالجملة فجميع انتهاآت الالتهاب البلوري اوى ما عدا  
الانتهاآت بالامتصاص غير جيدة العاقبة ولو اختلفت درجة خطرها

### \* (المعالجة) \*

دلالات المعالجة السببية للالتهاب البلوري اوى لا يمكن انقامها غالباً  
كالالتهاب الرئوى حتى لو تحقق ان سبب الالتهاب هو تأثير البرد لا يمكن  
استعمال المعالجة المعروفة فانه مضرة بسبب الحى الشديدة المضاجية  
له

وأما معالجة المرض نفسه ففيما كان استعمال مضادات الالتهاب القوية  
كلاستيفراغات الدموية العامة والموضعية واعطاء الزئبق الحلو والذالك  
بالمزج السنجابي الزئبق حتى يحصل التلب ثم استعمال المحولات بواسطة  
الحواريق ونحوها متبعاً عما في الزمن السابق ثم تركه مدموماً في الزمن  
الاخير وعما قليل يولغ في مدحه حتى ان المعلم يوسف (مير) اوصى به كثيراً  
وكتب في ذلك رسالة مطولة غير ان الاعتبارات التي بنى عليها هذا المؤلف  
الذي كور مدح هذه الطريقة ودم المعالجة الغير القوية في هذا المرض  
ليست مرتكبة على أساس قوى فانه من جملة اعتباراته المرتكبة اليها هو ان  
كثيراً من المرضى الذين لم يعالجوا بالقصد ولا باستعمال المركبات الزئبقية  
دخلوا مارستان الصدقة بيرلين ومعهم انسكابات بلورية عظيمة جداً  
واستنتج من ذلك أن اهمال هذه الطريقة العلاجية القوية هو السبب في  
تقدم الانسكاب البلوري اوى ولا يخفى ان هذا الاعتبار وتعدا مثله هذه  
لاحوال لا يثبت شيئاً الا اذا حصل التأكد أيضاً من تعداد الاحوال التي

فيما يحصل انسكابات بليوراوية عظيمة ولم تدخل المرضى العيارسستان  
ولم يفعل القصد العام فيها ببقية المعالجة القوية المضادة للالتهاب بل  
والمشاهدات التي ذكرها المعلم (مير) الغير العديدة التي بعضها خاص به وبعضها  
لغيره من الاطباء وفيها يحصل الانسكاب البليوراوي الفزير عقب استعمال  
القصد العام العظيم المتكرر في أحوال الالتهاب البليوراوي الحديث  
العهد لم تثبت لناسيا ولم تصدق رأينا كما أن القول بأن الالتهابات  
البليوراوية ذات الظواهر القوية والسير الحاد الشديد يكاد ينتج عنها على  
الدوام انسكابات بليوراوية عظيمة مستعصية اذا تركت ونفسهم بمجرد خطا  
فان اشكال الالتهاب البليوراوي الخطرة الثقيلة هي التي فيها يكاد يكون  
هذا المرض على الدوام كمناسخيا اذا برطى مستطيل

والتي أظنه سابقا ولا فان القصد العام ليس ضروريا في معالجة الالتهاب  
البليوراوي على العموم ماعدا الاحوال التي فيها تستدعيه المعالجة  
العرضية فاني متأكد من أن القصد العام في الالتهاب البليوراوي  
كالالتهاب الرئوي لا يقطع سيره هذا المرض ولا يمنع من تكوين الانسكاب  
البليوراوي العظيم بل وان أجزم ان استعماله في الالتهاب البليوراوي  
أشد ضررا منه في الالتهاب الرئوي فان الاول ذو سير مستطيل غالبا ويؤدي  
بكسرة لقلعة الدم وفقره ولانها وكذا أيضا

وعكس ذلك فوصي باستعمال التبريد مع القوة والاستقرانات الدموية  
الموضعية مع غاية التأكد والمهم في ذلك المبادرة في استعمال هاتين  
الواستطتين اللتين بهما يمكن غالبا تجنب ما لا يمكن ازالته فيما بعد فان خشى  
المرضى استعمال الوضعيات الباردة أو لم يحصل عنها تسكين في الآلام وعسر  
التنفس في الساعات الاولى وجب ارسال كمية قليلة من العلق أو وضع  
بعض المحاجم التشريطية على الجهة المولدة ولا يتأخر الطبيب من تكرار ذلك  
في اليوم التالي من تحسب الآلام وتلطيفها وتردها فانيا الى أن يستقر  
التحسين بالكلية ويضاف لذلك استعمال ذلك بالمرهم السنجابي الزئبق في  
الايام الاولى من المرض مرة أو مرتين كل يوم بمقدار جرامين (أى نصف  
درهم) حيث لم يكن عنده ناجوهر دوائي أنفع منه غير انه ينبغي ترك ذلك

بالمرهم الزئبقى متى ابتدأت اعراض الالتهاب القمى الزئبقى في الطهور  
وحيث ان الدلائل بالمرهم السنجابي الزئبقى في بعض الاحوال الحديثة من  
التهابات الغشبية المصلية الاخرى سيما المحافظ الزلالية للمفاصل ذو تأثير  
جيد للغاية كان استعمال ذلك أيضا في الاحوال الحديثة من الالتهاب  
البليوراوى واجبا ولولم يمكن اثبات جودة تأثيره مع التأكيد

وحيث تاكدلى أخيرا من تجاربى من جهة ومن جهة أخرى من تجارب  
العلم (مير) السابق ذكره ان استعمال الحار اريق لا يزيد في درجة الحمى  
وارتقاها الزيادة اعطاه واجب على ان أمتنع وأعود لما كنت أحتذ منه  
سابقا وهو أنه لا ينبغي وضع الحار اريق واستعمالها مادام عند المريض حمى  
فانه يظهر لى ان استعمال الحار اريق العظيمة كثير النجاح في بعض الاحوال  
واذا أريد استعمالها ينبغي أن يذكر ذلك في الاحوال الحديثة

وبالجمله قد يشاهد من استعمال الوضعيات القاترة استعمال المستقر المحجج  
عظيم في الاحوال المتأخر شفاؤها غير انه ينبغي ان لا تكون ثقيلة  
وأما استعمال الجواهر الدوائية الباطنية فانه يضر روى في معالجة  
الالتهاب البليوراوى ما لم يستدع استعماله بعض اعراض مخصوصة فان  
كلام من التأثير المضاد لالتهاب الملح البارود والطرطير المقيى و الزئبق الحار  
الذى تستعمل عادة عدى فيه شدة عظيم وأن تعاطى الزئبق الحار لم يستعمل  
بكثر في ذلك يظهر لى انه ليس خاليا عن الخطر المهدد بالحصول فانه يزيد في فقر  
الدم ووقوع المريض في النعوك

وأما المعالجة العرضية فان كانت الحمى في ابتداء المرض شديدة جدا أو  
استمرت زمانا طويلا بحيث يخشى من نعوك المريض وجب استعمال معالجة  
مضادة للحمى ومن هذه الحمية يوصى ~~بم~~ بمرة تعاطى الديجيتالا في بعض  
أحوال مخصوصة و ليس للديجيتالا تأثير مخصوص في المرض الاصلى وفي  
الاحوال الحديثة تعطى الديجيتالا منقوعة من ٥ ديسى جرام على ١٥٠  
جراما من الماء ( أعنى من ١٠ قحعات على ٦ أواق ) وفي الاحوال  
المستطيلة ذات السير البطى تعطى الديجيتالا نفسها مصقوقة بأن يعطى منها  
٥ سنتي جرام ( أعنى قحجة ) كل مرة بمزوجة بمقدار مماثل لها من سلفات

الكيما على شكل حبوب

وضيق النفس العظيم ان كان ناجما عن احتقان جاني نغمي في اجزاء الرئة الغير المصابة وكانت موجودة مع ذلك علامات الاوذيا الحائية الابتدائية وجب استعمال القصد المأمور به من اخير وقدا تمتعنا كثيرا بالقصد في مثل هذه الاحوال من ثلاث مرات الى اربع مدة سير الالتهاب البليوراوي وكان قبل القصد في مثل هذه الاحوال ليس بسبب الالتهاب البليوراوي بل بسبب الاحتقان التام في الجاني الذي يجلسه اجزاء الرئة الغير المصابة بالالتهاب وحينئذ فلا منافاة لما ذكرناه

ومن النادر جدا أن تكون الاضطرابات الدورية لادوية لصغرى والاحتقانات الاحتمالية المتعلقة بها في الدوة العظمى أعنى السيانوز والاستسقاء عظيمة جدا بحيث نجعلنا لاستعمال القصد العام

ومن الامور التي ينبغي الاهتمام بافقر الدم وقتله الذي يتضح بسرعة في هذا المرض بسبب الانسكاب الغزير والنموكة لما شته من الحصى فعلى الطبيب ان لا يخطئ في مثل هذه الاحوال من المبادرة باستعمال المستحضرات المدببة مع الاغذية المقوية وأما كون هاتين الواسطتين يحدان احتقانات ويزيدان في الحركة الحية فنعتقد ان المنة على غير أساس والجواهر الدوائية التي يظن انها تعين على امتصاص الانسكاب لا ينبغي الارتكان الى منفعتها فانه يشك في قدرة الجواهر الدوائية على احداث الشروط المتعلقة بامتصاص الانسكاب البليوراوي فان وجد انسكاب في تجويف البليورا عقب اقطاع لطواهر الالتهابية الالتهاب البليوراوي وجب رفض استعمال المركبات الزبقية من الباطن والظاهر وكذا استعمال الحار اريق مشكوكا جدا في منفعتها وحيث دلت التجارب على انه احيا في أثناء لنوبة الهيمية لى فيها يتكاثر الدم عقب فقد مدعاه اجزائه المائية تمتص الانسكابات البليوراوية وغيرها في الانسكابات المرضية بسرعة وجب الاجتهاد في تقيص الاجراء السائلة من الدم بواسطة المدرات أو المسهلات الشديدة حتى يتعان بذلك على امتصاص الانسكاب البليوراوي والاجتهاد في ذلك على ما كنا نتأمن من كون تأثير المدرات البولية

التي أكثر ما يستعمل فيها هو ملح الطرطير المذاب والورق وجب العرعر غير  
أ كيد بحيث لا يمكن ان نعمة عليهم اعتقاد اقويا أما استعمال المسملات  
الشديدة فالذي يعوقنا عنه هو تأثيرها غير الجيد في القناة الهضمية وقد  
شاهدت في حالة لم اعالجها بنفسى غير انى لاحظت. شاهدتها بالدقة فيما تناقص  
الانسكاب البليوراوى مريدا بعد استعصائه على كل معالجة زمنا طويلا  
وذلك عند ما استعمل الطيب الطريقة العلاجية المعهدة بطريقة المعلم  
(شرون) التي يمكن بها احداث تكاثف في الدم لايخذ عناصره السائلة بل يمنع  
تعاطى السوائل والمياه بمعنى وضع المريض في حمية جافة فاسية ومنعه عن  
تعاطى المشروبات تقرىا غير انى في شاهدات اخرى باشرت ان تسمى منع  
المريض فيما عن تعاطى الاثبة بكثرة زمنا فزمناني ايامه ما لوسه طبعا لما رصى  
به في طريقة تدبير الغذاء الجاف السابق ذكره فلم اجد لذلك جدوى بالسكينة  
وبالجله يمكن تجربة استعمال المركبات اليودية استعمالا ظاهرا وباطنا لاجل  
مساعدته امتصاص الانسكابات البليوراوية فان الاستحضارات اليودية  
المذكورة مشهورة بانها وسائط علاجية مخرضة للامتهاص فانى قد شاهدت  
في بعض الاحوال امتصاص الانسكابات البليوراوية بسرعة وذلك عند  
استعمال شراب يودور الحديد من الباطن المركب من ست جرعات راي  
(درهمين) من يودور الحديد على خمسين جرعة من الشراب البسيط اعنى  
(اوقيتين) ويعطى من ذلك ملعقة شاي في كل ساعتين مع مس جهة الصدر  
المريضة بالهلول اليودى تخفيف للطبيب (ليجول) المركب من اليود النقى  
جرامين (اي نصف درهم) ومن يودور البوناسيوم ست جرعات (اعنى  
درهمين) ومن الماء المقطر ميتين جرعة (أى اوقيتين) وكان لمجراح هذه الطريقة  
عظيمة جدا حتى يمكن ان اقول انه وان كان غير ثابت بالكلية الا انه جيد المنفعة  
جدا وحيث ان العشم بامتصاص الانسكاب البليوراوى عقب استعمال  
الجواهر الدوائية أو تخفيفه قليل جدا كان الوقوف على حقيقة الامر الاتى  
من ان استقراغ الانسكاب المذكور بواسطة الاعمال الجراحية قليل الخطر  
جدا كما كان يظن سابقا وان المبادرة باستعمال بزل الصدر وتكراره في احوال  
الانسكابات البليوراوية يهدد من التقدّمات العظيمة في معالجة هذا المرض

اذن الواضح ان كل يوم يزيد فيه انضغاط الرئة وتكثر فيه الخلايا الجديدة  
التكوين في الانسكاب البليوراوى بعد العشم جدا في حصول الشفاء التام  
ويزيد في خطر المريض فتعشم ان تجارب كل من المعلم (كوسمول) و (ويرتلس)  
و (سمسن) تكون سببا لانتشار استعمال عملية بزل الصدر في احوال  
الانسكابات البليوراوية الصديدية او المصلية اللببية ومعرفة دلالات اجراء  
هذه العملية وتنوعاتها وكيفية اجرائها تؤخذ من كتب الجراحة لاسيما من  
مؤلفات هولاء المذكورين

تنبيه من منذ اطلعت على ما ذكره هولاء المؤلفون وتاكدى من عدم خطر  
هذه العملية لم آل جهدا في اجرائها سواء في احوال الانسكابات المصلية  
اللببية مادامت عظيمة الحجم وخشى من استطالة انضغاط الرئة وعدم امكان  
امتصاصها بنمائها ولو بعد زوال الاعراض الحية وكذا في احوال الانسكابات  
البليوراوية الصديدية وقد شاهدت حصول شفاء تام في احوال الانسكابات  
المصلية اللببية بعد استقرار كمية عظيمة منها تنقب عن جملة اوطال احيانا بعد  
اجرائها اول مرة واحيانا بعد تكرار عملها كما اننى شاهدت حصول شفاء تام  
بعد بزل الصدر واستقرار كمية عظيمة من السائل المصلي الصديدي بدون  
حقن تارة بعد تكون ناصور وتارة بدون كما اننى شاهدت الشفاء مراحا في اجراء  
حقن الصدر بصبغة اليود بمقدار عظيم بخصوست اوراق مع محلول يودور  
البوتاسيوم بعد غسل تجويف بطن البليورا بالماء الفاتر مراحا وذلك عند تردد  
الانسكاب بدون خطر فاصى باجراء عملية بزل الصدر البسيطة في الانسكابات  
البليوراوية العظيمة المصلية اللببية واجراؤها مع الحقن بصبغة اليود مع  
محلول يودور البوتاسيوم حسب القواعد الجراحية عند ما يكون الانسكاب  
مصليا صديديا بخلاف ما اذا كان الانسكاب صديديا فقط فالوفق اجراء عملية  
الشق بفتح مسافة بين الاضلاع ولا خوف في ذلك مادام ضروريا ولم يتعشم في  
الشفاء بواسطة الجواهر الدوائية المساعدة على الامتصاص وخشى من  
استطالة انضغاط الرئة ولا يعتبر في ذلك ضيق النفس بل المدد على معرفة كمية  
السائل المتجمع في تجويف البليورا وطبيعته وعدم العشم في امتصاصه  
والذى اعلمه انا اول من اجري هذه العملية وكررها مراحا بقصر العيني مع

التجاح في احوال عديدة سندكرها تفصيلا ان شاء الله تعالى في كتاب الاكلينك  
الباطن وفي الحالة الراهنة عندي حالتان في شابين من الجهادية تعلت لهما  
عملية برز الصدر بجها زم على الملم (شوه) واستفرغ به كمية عظيمة من سائل  
صليدي متكاثف واعقب ذلك ناصور في الحالتين وتعد في الرئة وشقاء تام ٨١

(المبحث الثاني)

(في الاستسقاء الصدري البليوراوى)

( كيفية الظهور والاسباب )

الاستسقاء الصدري عبارة عن ارتشاح مصل فقط في تجويف البليوراوى  
اغلب الاحوال يمكن معرفة أحد السببين المتعلق بهما سكون الارتشاحات  
المصلية المرضية اعنى اما ازدياد فى الضغط الجانبي الواقع على جدر الاوردة أو  
نقص احتواء مصل الدم على المواد الزلالية المعروف بسوء القنية الاستسقاء في  
شأن الاستسقاء الصدري يعتبر عند العوام انه اكثر الامراض خطراوى  
كتب الطب القديمة ايضا لا يكون مطلقا مرضا اوليا قائما بنفسه بل ثانويا  
على الدوام اعنى حالة مرضية تابعة لاحد التغيرات المرضية التى تتعلق بها  
احد الاسباب المحدثة للارتشاحات المصلية وحينئذ فالاستسقاء الصدري  
كالاستسقاء فى اللعمية التى تحصل تحت الجلد فى التسوج الخلوى او فى غير  
تجويف البليوراوى من التجاويف العظيمة لا يعتبر عرضا قائما بنفسه فلا نشرحه  
هنا على حدة من جملة اعراض البليورا الاتبعا للعوائد القديمة

اما الاستسقاء الصدري الناشئ عن ازدياد الضغط الجانبي الواقع على جدر  
الاوردة البليوراوى فانه في كثير من الاحوال يصاحب كعارض مخيف بجميع  
الامراض الرئوية التى ذكرناها تعوق استقراغ دم القلب الايمن وتحدث  
فيه عسر او تؤدى تبعاً لذلك لاحتمان الدم واحتباسه فى المجموع الوريدى  
للدورة العظمى كما انه يحصل فى اثنا مبر بعض امراض القلب مما الاقبات  
العضوية لصحامة أو بعض الاستسقاء المرضية لطبقته العضلية التى سنبين انها  
تعوق استقراغ دم القلب الايمن واحتباسه فى اوردة الدورة العظمى  
واما الاستسقاء الصدري الناشئ عن تناقص احتواء مصل الدم على المواد  
الزلالية فانه يضاعف كثيرا من الامراض البنية المنهكة سيما التهابات



الكليتين المزمنة واسحقايتها المرضية المعنوية يقول زلاي كما انه يصاحب  
التسممات الاجسامية الحيثية المزمنة وبعض الديسكرازيات المستطيلة  
ومهما كان الامتسقاء الصدري ناتجا عن احتقان احتباسي ويريدى او تغبير  
مرضى في الدم فانه يعد من ظواهر الاستسقاء العام وذلك ان الشكل الاول  
منه يسبق احيا ناغيره من الارتشاحات المصلية الاستسقاءية وأما الشكل  
الثاني منه فانه يعد ان ينضم لغيره من الارتشاحات الاستسقاءية المعنوية  
فيما بعد

### \*(الصفات التشريحية)\*

الامتسقاء الصدري يكاد يكون على الدوام مزدوجا غير ان أحدهما يجاوز  
البليورا يشتمل على سائل اكثر من التجويف الاخر وكية السائل تختلف  
فتكون من بعض اواق الى جـ لـه اطوال والعادة ان يكون السائل متحركا  
واحيا ناقديته كيمس عقب وجود التصاقات قديمة بين وريقتي البليورا  
والارتشاح المنجمع في تجويفها يكون على هيئة سائل صاف مصفر ويشتمل  
على ما هو مادة زلالية واملاح مصل الدم يتميز عن الانسكابات البليوراوية  
بسهولة بسبب فقد التجمعات القيفية المنعقدة فيه والتغيرات الالتهابية  
يوريقتي البليورا وهذه الاخيرة تظهر فاقدة المعان متعكرا تعكرا البنية  
ومنتفخة قليلا كالسوج تحت الاغشية المصلية عقب ارتشاحها بالمصل وعند  
ما يكون الارتشاح عظيما جدا توجد الرئة مدفوعة جهة النعمود الفقري  
ومعتمرها انضغاطا عظيم عمدها لم تكن مثبتة في اصقار أخرى بواسطة  
التصاقات بليوراوية

### \*(الاعراض والسير)\*

يعتبر كل من اعراض الامتسقاء الصدري وسيره مرضا مستقلا مشروحا  
جيدا في الكتب القديمة الى مبدأ هذا القرن وثم عدة امور جرى فيها تحقيق  
التشخيص حال الحياة صار أيضا بعد الموت بواسطة الصفات التشريحية  
وتوجيه الاخير واضح حيث ان الصورة المرضية لهذا الامتسقاء الموصوفة في  
الكتب القديمة تطبق على امراض الرئة والقلب وفي اثنا سيرها ينظر تجمعات  
استسقاءية محلفة بجوار الامتسقاء الصدري ومن الواضح ان المرض

الذي كان يوصف في الزمن السابق ويعرف بالاستسقاء الصدري هو الانقباض  
الرئوي فان هذا المرض وان كان كثيرا لم يحصل سابقا مثل الآن الا انه كان  
مجهولا بالكلية ومنهم ما على الاطباء في زمن المعلم (لينك)

وبالحالة التي عليها الآن العلوم الطبية لا يصح اعتبار كل من ضيق النفس  
العظيم الذي يرد ابداني سر كات جسمية ويلجئ المريض الى الجلوس في  
الفرش والقصع الفجائي من النوم وانتفاخ الكعبين انتفاخا وديماويا  
وكذا الاجقان علامات دالة على الاستسقاء الصدري فان جميع ما ذكر قد  
يكون منوطا بامراض في الرئة والقلب بدون تجمع استسقاء في تجويف  
البلور ولكن حيث نعلم ان الامراض التي ينتج عنها مجموع الاعراض السابقة  
كثيرا ما تؤدي الى الاستسقاء الصدري وبذلك تزداد مشاق المريض ازديادا  
عظيما يلزمنا عند مشاهدة كل حالة ما ذكر تكرار البحث الطبيعى عن الصدر  
حتى تتحقق من طر وهذا العارض وعدمه

وكذا الاستسقاء الصدري الذي يحصل اثنا سعاله (بريكت) أو غيره من سوء  
الفنية المحسوب بامسقاء هوى لا يمكن معرفته بالتاكيد الا بالبحث الطبيعى  
عن الصدر فان ظواهر ضيق النفس التي تصاحب ظهوره وازدياده يمكن ان  
تدل على شيء آخر كالاوديميا الرئوية وغير ذلك

ثم ان العلامات الطبيعية لهذا الاستسقاء لها مشابة تامة بعلامات  
الانسكابات البلورية وان لم تطابقها بالكلية

فبالبحث بالنظر يوجد الصدر المرتشح متعدد اغيران المسافات بين الاضلاع  
غير منضبة لان العضلات بين الاضلاع غير منضبة لعدم ارتشاحها او تشاحا  
او ذيماويا فمعها جايضا تقاوم ضغط السائل والكبد الذي يكون حجمه  
متزايدا بسبب احتقانه الوريدي احتقانا احتسابيا يكون مندفعا الى اسفل  
عند وجود ارتشاح عظيم وأما القلب فلم يكن مترشحا عن محله الا قليلا فان كلا  
من جهتي الحاج المنصف يكون عرضة لضغط متساو تقريبا

وبالبحث باللمس يوجد الاستتزاز الصدري الصوفي متناقصا ومفقودا  
بالكلية في المراحل المتأخرة فيها الارتشاح جدار الصدر ويكون متزايدا  
اعلى الارتشاح

وبالبحث بالقرع يوجد صوت اصم جدا حذاء الارتشاح وصوت فارغ طبل  
اعلاه والاصمية التي توجد هنا لا تكون عمدة كما متدادها في احوال  
الانسكابات البليوراوية فان امتدادها هنا علامة دالة كما ان حدود الاصمية  
وشكلها يختلفان هنا تدريجيا باختلاف وضع المريض والتسمع يحس في جميع  
امتداد الاصمية بتنفس غير محدود ولا يسمع المخطط التنفسي بالكلية وتسمع  
بين الكنف والعمود الفقري تنفس شعبي ضعيف

#### • (المعالجة) •

معالجة الاستسقاء الصدري تطبق على معالجة المرض الاصلى وحيث ان  
معالجة هذا المرض لا تنثر في غالب الاحوال فن النادر الحصول على نتيجة  
واضحة وعند وجود ضيق عظيم في التنفس وكان متعلقا بجمع ارتشاح غزير  
جدا يجب استفراغ هذا الارتشاح بزل الصدر وانفعلة التسكينية لهذه  
العملية كما ان تكون واضحة جدا في مثل هذه الاحوال كما نض عليه  
(ممن)

#### • (المبحث الثالث) •

(في التجمع الغازي للصدر)

(كيفية الظهور والاسباب)

تصاعد الغازات من وري يقي البليورا وتجمعها في تجويفها عند وجود شروط  
مخصوصة يمكن القول به والملاحظات التي حكم بها الى كيفية حصول التجمع  
الغازي للصدر بهذه المثابة من الواضح ان نعتبرها خطأ ونحن وان لم نتمكن  
اتولد الغازي في الانسكابات البليوراوية المتقدمة بدون دخول الهواء اليها  
واحداته لتجمع الغازي الصدري الا اننا نقول ان مثل هذه الاحوال نادر  
جدا والغالب ان يكون منشأ التجمع الغازي للصدر بالكيفية الآتية وهي ان  
يدخل الهواء في تجويف البليورا اما من فتحة في البليورا الرئوية او من قنطرة  
في جدار الصدر

وانشقاب البليورا الرئوية يمكن حصوله من نحو الباطن بامتداد التمسك من  
الرئة الى البليورا او انه يحصل من نحو الظاهر عقب حصول اصابة جرحية او  
تمتلك جوهرى تدريجى يتم من سطح البليورا الى الرئة فالكيفية الاولى فيشأ

التجمع الغازي للصدر عقب المخرجات الرئوية والغفريتا الرئوية ايضا وعلى  
 الخصوص السل الرئوي فان اغلب مشاهدات التجمع الغازي في الصدر ينشأ  
 في الاحوال التي فيها يحصل انثناء السيل الرئوي افتتاح كهف في تجويف  
 البلبورا (وليس كما يعبر عموما عن السيل الرئوي بالدرن الرئوي وما ينبغي  
 الاهتمام بمعرفة هذا ان حصول هذا الامر في انثناء السيل الرئوي المزمع  
 أندر منه في السيل الرئوي ذي السيل الربيع تحت الحاد فانه ان حصل تلاشي  
 الجوهر الرئوي يبطئه تقارب صفائح البلبورا من بعضها وكما قرب التغيير  
 المرضي من السطح الظاهر ازداد التصاق وربق البلبورا مع بعضها بحيث  
 انه بعد التنقب لا يخرج الهواء في تجويف البلبورا بل الغالب كذلك ان  
 التغيرات الالتهابية الرئوية المتعلقة بها السيل الرئوي لم تحصل الا منذ زمن  
 قليل بحيث ان كلا من اصبغة الرئة والتنفس الشعبي لا يكون واضحا  
 وحالة نفذية المريض وقواه لا تتغير عظيم حتى يحصل التجمع الغازي  
 للصدر ويمكن ان يحصل هذا العارض الخطر جدا من قصيص رئوي في دائرة  
 الرئين معتريه الاوتشاح الجبني وينضم لهذا النوع من التجمع الغازي  
 للصدر الذي يحصل من تهتك جوهر الرئين ثمسك من منابض احوال التجمع  
 الغازي الصدرى التي هي وان كانت نادرة الحصول الا انهم المزل ثابتة الوجود  
 وهي الاحوال التي يحصل فيها هذا التجمع من غرق بعض الحويصلات الرئوية  
 تحت البلبورا المتعددة عمدا انقباضا او يا واغلب احوال هذا التجمع الغازي  
 الصدرى الجرحى لا يحصل من دخول الهواء في التجويف البلبوراوى عقب  
 حصول الجرح النافذ في الصدر بل من كون نحو الاكلة الواخزة او النارية  
 نصيب البلبورا الحشوية فيمدخل الهواء تبعاً لذلك من الرئة الى تجويف  
 البلبورا وقد يحصل عقب كسر الاضلاع غرق في البلبورا الرئوية من الشظايا  
 العظمية فينشأ عن ذلك تجمع غازي في الصدر بدون انثقاب في جدره او جرحها  
 جرحا عظيما او كثر من ذلك حصول انثقاب البلبورا الحشوية بالتدريج  
 عقب اصابته بتغير تقرح يمتد من الظاهر الى الباطن وبهذه الكيفية يحصل  
 انثقاب التجمع الصديدي للصدر الى الامبيميما في الرئة واستقر اغمم الشعب  
 كما ذكرنا ذلك فان باستفراغ جزء عظيم من الصدر يد عقب حركات السعال

الشديد وحصول غدد في الصدر بحركات الشهيق اقوية الالية لذلك تنفذ كمية من الهواء في تجويف البلعور ابقه صدر ما خرج من الصدر فيصير حقيقته هذا التجمع غازيا وفي هذا الشكل من التجمع المذكور يكاد يكون الهواء سائبا في تجويف البلعور ابل منه صرا في مسافة محدودة بالتصاقات بلعور اوية ومنعزلة عن باقي تجويف البلعور او هي المسافة التي كان متجمعا فيها الصدر ومنه تكلم على ذلك ايضا عند التكلم على الاعراض

وقد ذكرنا فيما تقدم ان كل انثناء في جدار الصدر لا يؤدي الى تجمع غازي في تجويفه فان قناة الجرح النافذ في الجدار الصدر ان كانت ضيقة ومنحرفة في الاتجاه تكون طبقة الجلد الصدرية نوع صمام في الفتحة الطاهرة من الجرح تمنع دخول الهواء في تجويف الصدر ومثل هذا بعينه يحصل في القنوت الناصورية التي تبقى عقب انفجار الاميبيا نحو الطاهر انفجارا تابا فانه يخرج منها سائل صديدي زمنافز مناعلي الدوام بدون ان يدخل الهواء في تجويف الصدر منها واما اذا كانت جدار الصدر منقبة باستقامة واعتصمة الظاهرة متسعة فان الهواء يشق منها في انشاء الشهيق ويتجمع في تجويف البلعور ويخرج منها في انشاء الزفير ثانيا

وبالجمله فلنذكر هنا انه في احوال مادية قد ينشأ هذا التجمع الغازي الصدر عقب امتداد قروح المعدة او فساد وبيات التولات المرضية الجلدية التي تتولد فيها وفي المري وتثقب تجويف البلعور

#### (الصفات التشريحية)

يكفي القدر العظيم لاحدى جهتي الصدر مع انحاء المذايب بين الاضلاع او تحديدها في معرفة التجمع الغازي الصدرى وعند نفخ ثوب البطن به جدار الحجاب الحاجز تدفع الى اسفل وكل من الكبد والطحال تدفع ايضا الى اسفل في تجويف البطن وعند بزل تجويف الصدر المتحد بشرط او بازلة يخرج الهواء مع ازيز صغير صفير يبعث يكنى لاطفاء مصباح مثلا عند خروجه من الفتحة والهواء الخارج يشغل على جزء عظيم من حوض الكرون والازون وعلى قليل من الاوكسيجين وكميته تختلف وفي الغالب تكون عظيمة جدا بنسبة التردد العظيم لاحدى جهتي الصدر

ومن التادر أن يكون تجويف البلوراء محتويا على هواء فقط فانه ان عاش المريض بعد حصول التجمع الغازى للصدر ولو بإيام قليلة تطهر أعراض التهاب البلوراء وى فوجد حبيطة في الحشرة زيادة عن الهواء المتجمع انسكاب مصلى لى أوسديدى في تجويف البلوراء وكية هذا الانسكاب تختلف وفي العادة تكون أعظم كلما استطالت مدة التجمع الغازى الصديدى وأخيرا قد يعلل الانسكاب الالتهابى بجميع تجويف البلوراء وفي أثناء ذلك تنقص كمية الهواء شيئا فشيئا بحيث يزول بالكلية من تجويف البلوراء ولا يبقى فيه الا الانسكاب الالتهابى

وتكون الرئة موضوعة بجوار العمود الفقري ضامرة صغيرة الحجم خالية عن الهواء المنقبضة سواء كان التجمع في تجويف البلوراء هواء يات من راده أو مع الانسكاب الالتهابى ولا تكون الرئة شاغلة لمحل آخر من تجويف الصدر الا اذا كانت مثبتة مع جذر الصدر بالتصاقات قديمة وفي أحوال كثيرة يمكن بعد وضع الرئة في الماء ونفخها طهور محل التنقب ولو بعصر فانها منسدة بمواد ليفية وفي أحوال أخرى تكون القفصية التي كانت ابتداء ضيقة جدا منسدة بالسكية وزيادة على تحول الحجاب الحاجز واندفاعه الى أسفل يوجد كذلك في أحوال التجمع الغازى الصدر كل من الحجاب المنصف والقلب مندفعا الى احد الجانبين ويوجد اختلاف عظيم في التغيرات التشريحية اذا كانت صفيحة البلوراء المتصبة تنزع معهما التصاقات متدا ماعا لانقباض الرئة من جميع الجهات فيكون الهواء أحيانا منحصرا في المسافة القليلة المحدودة من جميع الجهات بالتصاقات البلوراء وية فلا تنضغط الا بعض اصقار الرئة المجاورة ولا يكون الصدر مقددا بالتمداجر شيئا ولا يتحول كل من القلب والكبد عن محله وفي أحوال التجمع الغازى الصدر الذى يعقب انفجار الاميبيا في الرئة تكون الصفة التشريحية الاخيرة هي الاكثر مشاهدة كما انها تشاهد في بعض الاحوال التي قد يعقب التجمع الغازى الصدر انفجار بعض الكهوف الرئوية السطحية وغزوها

• (الاعراض والسير) •

اعراض التجمع الغازى الصدر لواقعة ليسهل معرفتها متى تأملنا

في التناضح التي تعقب انثقاب البلبورا الحشوية أو جدر الصدر  
 فإن تجويف البلبورا مادام غير مغلق غلقاً تاماً تتبع الرئة جذب عناصرها  
 المرنة وتنكمش وانكمش الرئة الذي يشاهد في البشة بعد فتح الصدر يحصل  
 في أثناء الحياة متى نفذ الهواء في تجويف البلبورا سواء كان آتياً من الخارج  
 أو من جهة الرئة عقب انثقاب أو كذا رئة الجهة غير المصابة يحصل فيها  
 انقباض متفاوت في الدرجة مطابق لدرجة الجذب الواقع على الحجاب المنصف  
 من إحدى الجهات ولذا يوجد بعد حصول التجمع الغازي للصدر حالاً  
 تجويف البلبورا محتوياً على كمية من الهواء بقدر ما يدفع منها بواسطة تأثير  
 مرونة اليافها وتدد تجويف الصدر بحركة الشهيق التالية يدخل مقدار  
 آخر من الهواء في تجويف البلبورا ثم إن أمكن الهواء النافذ بحركة الشهيق  
 الخروج بحركة الزفير التالية عاد الصدر إلى وضعه الذي يكون عليه حالة  
 الزفير وحينئذ لا يعترى الرئة المنكمشة أدنى انضغاط بخلاف ما إذا لم يمكنه  
 الخروج بحركة الزفير فإن الصدر يبقى مكتمسباً بالهيمته حالة الشهيق فينفذ  
 يعترى الرئة انضغاط ويكرر ذلك بجملة مرات حتى يصل تجويف الصدر إلى  
 أعلى درجة تمدده التي يمكن أن يصل إليها بحركة الشهيق القوية جداً وتنضغط  
 الرئة انضغاطاً قوياً أو تصبح خالية عن الهواء بالكليّة لكن العادة أن الهواء  
 النافذ في تجويف البلبورا لا يمكن خروجه فلياسبب الشكل الناصوري  
 المنزقي في الفتح التي يتقدمها الهواء في تجويف البلبورا حيث إن هذه  
 الفتح تكون مثل الصمام أي أنها تزدق وقت الشهيق وتنغلق عند الزفير  
 بالهواء الضاغط عليها ثم إن وصلت درجة توتر الهواء في تجويف البلبورا إلى  
 درجة معلومة مستقرة في أثناء الشهيق بقي الصمام (أي الفتح المنزقة)  
 متعلقاً على الدوام وامتنع دخول الهواء في تجويف البلبورا ولو لم تكن  
 حوافها متلاصقة ولا ملتصقة ببعضها ولا يزيد تمدد تجويف الصدر في  
 أحوال التجمع الغازي الا صرف الصدر عن درجة تمدده التي يصل إليها بأقوى  
 سر كانت الشهيق فالتمدد الزائد عن ذلك الذي يشاهد في كثير من الأحوال  
 وزيادة توتر جدر الصدر يكون سببها غالباً حصول انسكاب سائل من  
 تجويف الصدر مع الهواء المائي له وبعبارة أخرى يشاهد ذلك في الأحوال

التي فيها يستحيل التجمع المذكور الى تجمع غازي صديدي وأما في الاحوال  
البادرة التي فيها يمكن دخول الهواء في الصدر ونحوه منه بسهولة كما  
في الاحوال التي فيها تكون جدر الصدر مجلسا لتواصير أو جروح مستقيمة  
الانحياض متسعة أو فتوات ناصورية ذات جدر متينة بين تجويف البلعورا  
واحدا القروح الشعبية العظيمة فلا يحصل عند في تجويف الصدر ولا انضغاط  
في الرئة التي تكون خالية عن الهواء بسبب ما عتراه من الامراض  
المتقدمة

وفي أحوال التجمع الغازي للصدر الثاني عن انقلب كهف في تجويف  
البلعورا يحس المريض بوقته بالتثقب بحيث يعرف بدون مهلة بأنه مفرق في  
صدره شيء أو انفجر ثم يحصل له حال عسر عظيم في التنفس يرتقي الى أعلى درجة  
فلا يكون له قدرة حادثة الا على الجلوس أو النوم على الجهة المريضة لينتقل  
الجهة السليمة خالصة لفعل حركات التنفس وعسر هذا التنفس ناشئ عن  
انضغاط الرئة السريع الذي يتم في بعض فوان وعن الاحتقان التجمعي  
الجاني المنضم له انضغاط الحلايا الرئوية وأودعنا تسمية جانبية في الرئة  
لسليمة بالضغط الذي يعتري أوعية الرئة المريضة

وفي جميع الاحوال التي يشاهد فيها حصول التجمع الغازي للصدر فجأة  
تشتمل المرضى بالآلام شديدة في جهة الاضلاع السفلى وتنسب هذه الآلام  
لانجذاب الحجاب الحاجز وتوتره وتراشيدا او لالتهاب البلعوراوي الذي  
يحصل من دخول الهواء أو متحصل الكهف في تجويف البلعوراوان لم يكن  
المريض قبل حصول التجمع الغازي انيمياوياي قليل الدم انضم للاعراض  
السابقة المذكورة علامات احتباس الدم في القلب الايمن مع الوضوح جدا  
بسبب انضغاط أوعية الرئة المريضة انضغاطا قويا وانسدادهما بالكلية فيصير  
لون المريض أزرق سيانوزيا وطالما يشاهد في الايام الاولى انتفاخ أو ذيمباوي  
في الوجه والاطراف السفلى ويصير النبض صغيرا وافرأز البول قليلا  
ويبرد الجلد بسبب قلة امتلاء القلب الايسر من جهة لان الدم لا يصل اليه  
الا من رئة واحدة ومن جهة أخرى بسبب الضغط والهبوط العام الذي  
يصاحب غير هذه الاصابة من الاصابات القوية كاشتقاق القروح المعدي



والكهف الرئوية في البلوراثم ان المرضى تم لك أحياناً بعد بعض ساعات  
أراقل بسبب عدم كفاية التنفس والهبوط العام وفي أحوال أخرى يطرأ  
الموت بعد بعض أيام أو أسابيع وفي مثل هذه الأحوال يزول الهبوط العام  
وتعود الحرارة للمرضى ثانياً غير أن عمر التنفس فضلاً عن كونه يستمر  
يزداد بازدياد الانسكاب البلوري الذي يدفع به كل من القلب والحجاب  
المصنف إلى رئة السليمة بالتدريج ويزداد من اللون السيانوزي والطواهر  
الاستسقاءية شيئاً فتم لك المرضى بطواهر الاوذيا الرئوية وعدم يحيمون  
الدم وتجرد من الكربون أو تنهت من الحى ومن الانسكاب البلوري  
العزير اعني أعراض التهاب البلوراثم التالي

ثم ان التجمع الغازي للصدر لا ينتمى بالشقا الا مادراً فيستحيل الى صديدي  
بازدياد انسكاب السائل شيئاً وصعوده الى أعلى بحيث ان كلا من وتر  
الهواء المحتوى عليه التجويف البلوري وافضاطه يزاد جدا فينتشر في  
أوعية المنسوجات المجاورة وفيما بعد يمتص الجزء السائل من الانسكاب  
الصديدي في الأحوال الجيدة وان كان قد انسدم محل الثقب في أثناء ذلك  
فان الرئة تمتد ثانياً وقد شاهدت في (مجدد مرغ) مريضة جـ هذا المدا بعد ان  
وصلت الى درجة اليأس رثت في ربع سنة بعد ان كان يترقب موتها كل  
وقت وتقدم شنائها وبالكلية حتى تزوجت وباشرت أشغالها بنفسها  
وفي أحوال أخرى قد يتكون استطارق متسع بين تجويف البلوراثم وفرع  
شعبى متسع لم يزل مفتوحاً في الرئة المنضغطة المتكاثفة بحيث ينقذف منه زماً  
فزماً بواسطة السعال جزء من السائل المحتوى عليه هذا التجويف في بعض  
أوضاع مخصوصة للمريض وقد شاهدت ذلك المعلم (هنول) في كليتك المعلم  
(رومبورغ) وعدها حالة مهمة

ثم ان كلا من أعراض التجمع الغازي للصدر وسيرها انما سبق متى انتحب  
الكهف الرئوي ودخل الهواء في مسافه متكيسة محدودة بواسطة التصاقات  
متينة قديمة أو متى انفجر التجمع الصديدي للصدر في الرئة واستقرغ الصديد  
وانقذف من الشعب ودخل الهواء بعد لائه فانه في مثل هاتين الحالتين سيما  
الاخيرة تفقد جميع الأعراض المحسوسة للمريض فلا يعرف التجمع الغازي

الصدر الا بالصدقة حال البحث عن الصدر بالعلامات الطبيعية  
ثم ان هذا البحث يدلنا عند وجود تجمع غازى عظيم في تجويف البلور على  
الامور الاتية وهوانه بالبحث بالنظر متى شاهد الطبيب من بصا قد اعتراه  
السل الرئوى وليس عنده من قبل بعض أيام عسر عظيم في التنفس وغير  
مجبور على المكث في الفراش أو بدون التجاء الى وضع مخصوص فيه ثم حصل  
له عسر عظيم في التنفس دفعة واحدة واضطر الى الرقاد على احدى الجهتين  
ويتجنب كل وضع يخاف ذلك مع الضجر دل ذلك البحث تقرير على حصول  
التجمع الغازى في الصدر لاسيما اذا حصلت هذه التغيرات فجأة كما  
ذكرنا وبالتأمل من الصدر يدرك الطبيب ولو غير المترن عددًا عظيمًا فيه  
وانحاء الميازيب بين الاضلاع وفقد الحركات التنفسية في الجهة المريضة  
كما يدرك ان ضربات القلب واضحة في الجهة اليمنى من القص عندما يكون  
التجمع الغازى للصدر يساريا

وبالجس يتحقق من ارتفاع القلب الجهة السليمة كما يتحقق من اندفاع الكبد  
الى أسفل عندما يكون التجمع الغازى للصدر يمينيا ويكون الاهتزاز الصوتى  
الصدرى في الجهة المريضة ضعيفا في جميع الاحوال أكثر من السليمة وقد  
يفقد الكلية من الجهة المريضة

وبالقرع يسمع عند وجود تجمع غازى في الصدر صوت يمتلئ رنانا طبلى يمتد  
الى أسفل عندما يكون هذا التجمع يمينيا والى الجهة الانسية اذا كان يساريا  
وأما اذا كان يؤثر جدار الصدر عظيمًا جدا فان صوت القرع يصير غير طبلى  
بسبب شدة الضغط المؤثر في السطح الباطن من الصدر المانع من حصول  
تموجات واهتزازات منتظمة وفي بعض الاحوال يرتقى صوت جدار الصدر الى  
درجة عظيمة جدا بحيث لا يمكن بالقرع احداث تموجات واضحة فيها يسمع  
ولو عند القرع الشديد على جدار الصدر لقط ضعيف أصم وقد ينفذ في هذا  
العصر الأخير على انه في أحوال التجمع الغازى للصدر ترتد اذ رماقة صوت  
القرع نارة وتتناقص اخرى بحسب نوم المريض او جلوسه باستقامة ذكره  
المعلم (بيرمير) ووجهت هذه الظاهرة بانحدار السائل عند الجلوس الى أسفل  
ورفعه الحجاب الحاجز وبذلك يستطيل القطر العظيم لتجويف البلور كما

ذكره (بيرير وجير هارد) وافي أشك في ازدياد القطر المستطيل لتجويف  
البليورا ازدياد مستمر عند الجالس وأظن أنه في بعض الاحوال يحصل  
عكس ذلك أي عندما تكون كمية السائل غير عظيمة جدا وواصله الى كمية  
معلومة وقد يسمع عند القرع صوت معدني زنان (أي رنانة معدنية) سيما  
عند وضع الاذن على جذر الصدر وقت القرع وبعد بعض أيام قليلة يصير  
صوت القرع في الاجزاء المتجددة من الصدر اعنى التجمع في الانسكاب أصم  
فن العلامات الدالة مع التأكيده على التجمع الغازي للصدر تتغير حدود  
أصمبة القرع بتغير أوضاع المريض فان كان المريض نائما على ظهره ووجد  
صوت القرع عمتنا رنانا في مقدم الصدر واصلنا الى الخافة السفلى من  
الاضلاع وان كان يالسا يتغير حد الاصمبة وترتقي الى اعلى

وبالتسمع يسمع عند درج المريض أو تغير وضعه تغيرا لثابتا بالقعود والنوم  
شخصية معدنية واضحة وذلك بدون وضع الاذن في صدر المريض وهذه  
الشخصية المعدنية تشابه اللفظ الذي يحصل عند امتلاء زجاجة بالماء الى  
نصفها ثم رجها ولا يسمع التنفس الحويصلي وهذا العرض بانفسه مع  
الصوت الممتلئ الطلي للقرع مهم للغاية ولا يسمع بدلا عن التنفس الحويصلي  
ولو في بعض الاحيان لغط معدني او تنفس انقوري اي صدافي ولا سيما  
سواخر معدنية أو رنانة معدنية وجميع هذه الالفاظ تسمع أعلى الكهوف  
العظيمة ذات الجدران المساء المنتظمة ولا يستنتج من ظهور الالفاظ المعدنية  
وسماعها دخول الهواء في التجويف البليوراوي وخروجه منه فانها تسمع  
ولو بعد زوال الاستطراق وذلك لان الالفاظ التي تحصل في الرئة تكون ذات  
رنانة معدنية صدائية

وجميع هذه العلامات المذكورة التي توجد في اغلب الاحوال التي فيها  
يكون الهواء مائلا لتجويف البليورا ومتحرك كفيه عقب انفجار كهف رئوي  
بحيث يمكن معرفة هذا المرض بسهولة قد يفقد معظمها في أحوال التجمع  
الغازي الصدري المتكيس فانه ان كانت المسافة الموجودة فيها الهواء ضيقة  
صغيرة غير منتظمة بحيث لا يكتسب الصدر هيئة دائرية من اللفظ اللطفي الذي  
يقع عليه من الهواء والسائل التجمعين فيه لا تسمع هذه الالفاظ المعدنية



متحولة عن محلها وإما في أحوال التجمع فان تحولها يكون واضحا وخامسا  
بختلاف وضوح غلط القرع المعدني ودرجة شدته في أحوال الكهوف وعند  
غلق القم وفتحه ولا يوجد ذلك في التجمع الغازي للصدر

\*(المعالجة)\*

معالجة التجمع الغازي الصدر لا تكون الاتسكية أو عرضية فقط وفي  
أحوال كثيرة سيما التي فيها الانقاص ~~كمثاله~~ الدم ويكنه عقب الحجات  
المستطيلة يمكن الالتجاء الى الفصد حتى طرأ التجمع الغازي الصدر بل ويمكن  
تكرار الفصد العام وذلك في الأحوال التي فيها تكون الرئة الغير المنضغطة  
محتقة احتقاناً شديداً بحيث لا يمكنها ترويم وظيقتها والالام التي تنبعث عن توتر  
الحجاب الحاجز والالتهاب البلوري المبتدئ تعالج بالاستفرغات  
الدموية الموضعية والرضيعات الباردة وكذا يلجأ لاستعمال المسكات لاجل  
تنقيص قعب المريض وجلب راحتته وكذا بذل الصدر بالة بآلة رفيعة جداً  
يلجأ له غير انه واسطة تسكينه فقط ينتج عن استعمالها هده وخفة في ضيق  
النفس وهذه العملية ليس لها اثر بالذات لدرجة المنضغطة في الجهة المريضة  
بل منفعتها للرئة السليمة عندما يكون الحجاب المنصف مندفعاً الى الجهة  
السليمة لضغط الهواء والانسكاب ومضيق التجويف البلوري غير المنقبض  
وفي أثناء سير التجمع الغازي للصدر يتم ذلك بالقواعد العلاجية التي ذكرناها  
في التهاب البلوري

\*(المبحث الرابع)\*

\*(في درن البلوري)\*

يكاد لا يوجد الدرن السنجابي الشفاف في جوف البلوري الا في أحوال الدرن  
الدخني الحاد للرئة والطحال والكبد والسحايا الدماغية وفي هذا المرض يملك  
لمريض كما ذكرنا من شدة الحمى قبل أن يعترى الدرن استحيالات أخرى ثم ان  
الدرن الدخني البلوري يسير بدون اعراض موضعية  
واكثر من ذلك حصول ظهور تجمعات درنية في الأغشية الكاذبة الجديدة  
التي تكون على البلوري عند تكرار التهاب البلوري فيها (وهو  
الالتهاب البلوري الدرنى) وقد ذكرنا فيما تقدم انه في أحوال الالتهابات

التي تعتبر التولدات الغشائية ذات الاوعية الشعرية الدقيقة يمكن حصول  
تغيرات وعائية بسهولة ولذا كان من الواضح كثرة مشاهدة شكل الانسكاب  
البليوراوى الدموى مع درن الاغشية الكاذبة البليوراوية وهذا الدرن  
يظهر على شكل ارتفاعات متصبة عند ملتقى حجم حب الدم حين تكون  
في الابتداء مبيضة وتصفرفيها بعد درن الاغشية الكاذبة هذا يسمي فيه  
مشاهدة ظهور الدرن والاستحالات التي تعتبره كاذكة (ورجوف) واعراض  
هذا الشكل من الدرن البليوراوى لا يمكن تمييزها عن اعراض الالتهاب  
البليوراوى المحبوس بانسكاب دموى

• (المبحث الخامس)

• (في سرطان البليورا)

سرطان البليورا لا يكون أوليا مطلقا بل يظهر على الدوام نابعا عن سكرارازيا  
السرطانية العمومية المتقدمة والتولدات السرطانية في اعضاء اخرى مجاورة  
فيضاغف بالاكثر سرطان الغدة الثديية والحجاب المنصف والرتين والغالب  
ظهوره عقب استئصال الغدة الثديية المتسرطنة والبليورا اما ان تنقبض من  
الظاهر الى الباطن بواسطة التولدات السرطانية المجاورة التي تنمو نحو  
الباطن على هيئة نتوءات عقدية أو انه يظهر في البليورا انفسها أورام  
سرطانية يصل حجمها الى قبضة اليد أو يزيد ذات منظر دهني فتخفى ذات سطح  
محدود ب او مقرطح كثيرا أو قليلا وسرطان البليورا كثيرا ما يخلطه ويقل  
منسوجه الضام فهو من نوع السرطان النخاعي وعند تقدم الاستحالة  
السرطانية في البليورا وامتدادها يتجمع في تجويف البليورا سائل يكون  
بالنسبة لهيئته وقوامه بين سائل الانسكابات الالتهابية وسائل الارتشاحات  
المصلية فان هذا السائل يشتمل كثيرا من سوائل الاكياس المصلية التي  
اعتراها الاستحالة السرطانية على مادة ليفية غير ان هذه المادة اللينة لا تتعقد  
الا في ابعديط بمعنى انه لا يوجد فيه ندف ليفية لكنه عند تركه هذا السائل  
المستقر غلراحة معرضا للهواء يرب فيه مواد منعقدة بعد بعض أيام وهو  
المسمى بالامسقاء اللينقاوى تبعا (لورجوف) وبالاقسقاء الشبيه بالينقي تبعا  
(لقوجل) والظاهر ان هذا ناتج عن امتزاج هذا السائل بالمواد الدموية عند

ما تكثر البليورا الاستحالة السرطانية فانه من منذ ما أثبت المعلم (سعيد) انه  
بإضافة الدم الى جميع الارتشاحات ترسب مواد ليفية بطيئة الانعقاد انضمت  
هذه الظاهرة النسيولوجية

ثم انه في غالب الاحوال لا يمكن تشخيص سرطان البليورا فان تكون في  
تجويفها انسكاب يزاد شيئا فشيئا معصوبا ببعض الالام مع وجود سرطان  
في الغدة الثديية ملتصقا متينا بجدار الصدر أو عقب استئصال أورام صدرية  
ساخ الظن بتولد مواد سرطانية على السطح الباطن من الصدر والاورام  
السرطانية العظمية يمكن ان تحدث ضغطا على الرئة أو الشعب الغليظة وتحول  
القلب أو تضغط على الاوعية الغليظة وبذلك يمكن ان يحصل ضيق في النفس  
وتأثر سببافوزي ودوار وغو ذلك وجميع هذه الاعراض يفسر توجيهها  
غالبيا في اثناء الحياة وان امتدت الاورام السرطانية الى جدار الصدر صار  
صوت القرع في هذا الجزء أصم بالكلية وان وصل الورم الى الاورطى بامتداده  
الى الخلف والى جدار الصدر بامتداده الى الامام امكن مشاهدة نبضات شريانية  
فيحتلط حينئذ سرطان البليورا بأنوريزما الابهري ويسمى الالام في الخلق  
فانه ينشأ في الاورطى بعمل انضغاطها الغط غير طبيعي كاذب يسمع به في الحمل  
الاصم ذى النبضات الضعيفة وهذه النبضات دائما تكون ضعيفة واللفظ  
غير الطبيعي لا يسمع الا في اثناء حركة الانقباض البطيء واللفظ الكاذب  
المزدوج الذي لا يكاد ينفك في احوال انوريزما الابهري الملازمة لجدار الصدر  
لا يسمع مطلقا بل لا يستمع من حالة المرض وكيفية تنوعه يتضح التشخيص  
خصوصا اذا علم ان المريض كان عنده سرطان في الصدر واستوصل وحيث  
لم يكن لسرطان البليورا معالجة يحتاج لذكرها أضر بنا عنها فصحا وتقتصر على  
ذكر المعالجة التمسكيفية لبعض الاعراض المتعبة للمريض  
(تذليل لاهراض اعضاء التنفس)

(المبحث الاول)

(في احمقان الغشاء المخاطي الانقي والتمابه التزليين المعروف بالزكام)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاضطرابات الغذائية والوظيفية الواصفة لالتهابات التزلية تشاهد بكثرة

في الغشاء المخاطي الاتقي وتعرف بالزكام ويندر ان يصاب الغشاء المخاطي الاتقي  
بالتهاب ذي غشاء كاذب او دقترى في عدة سير بهض الامراض التسممية  
العامية

واسباب النزلة الاتقية يقال فيها ما قيل في اسباب النزلة الخجيرية والشعبية  
والاستعداد للاصابة بالزكام يختلف باختلاف الاشخاص فيكثر في الاطفال  
عن البالغين وعند ضعف البنية والارقاء سيما خنازيري البنية عن اقربائهم  
العصليين وبالععود التدريجي ينقص هذا الاستعداد بحيث ان المنحكين على  
تعاطي الشوق المحدث تهيج في الغشاء المخاطي الاتقي يندر اصابتهم بالزكام  
وتردد هذا المرض يزيد في الاستعداد للاصابة به مرة اخرى وزيادة على ذلك  
توجد اسباب مهمة غير معلومة لنا وبعبارة اخرى يتسبب هذا المرض انتشارا  
عظيما ولو في غير المستعدين للاصابة به بدون معرفة سبب يحال عليه

والاسباب المهمة لهذا المرض اعني المؤدية لحصوله متنوعة واعتقاد العوام  
المتسلطن على عقولهم ان كل زكام انما ينشأ من تأثير البرد على الجلد خطأ  
ولوان اغلب احوال الزكام تتعلق بتأثير البرد خصوصا في الاقدام وكذا يكثر  
تأدية المهيجات الموضعية على الغشاء المخاطي الاتقي لحصول الزكام وذلك  
كدخول الهواء الساخن جدا في الانف والتراب او الاجرة الحريضة  
او الاجسام الغريبة او الشوق عند الاشخاص الغير المعتادين عليه وكذلك  
السقطات والمصادمات الواقعة على الانف وتكرار الضغط العنيف ونحو ذلك  
وفي احوال اخرى يصاب الزكام امراضا اخرى تعقرى الانف كالقروح  
والتولدات الجلدية والتسوس والتكروز ولا يندر ان يمتد التهاب من  
أعضاء مجاورة الى باطن الانف فترى ان الزكام المتعب الشديد يصاب على  
الدوام الدمامل التي يكون مجلسها النسفة العليا وخراجات اللثة للقواطع  
العليا وبالجملة قد يكون الزكام عرضا لمرض عام ينشأ من هذا القبيل الزكام  
الذي يصاب الحصة والقيفوس الطفحي والزكام الخفيف الذي يصاب  
القرمزية والزكام الزهري الذي يشاهد مصاحبا لداء الزهري الوراثي في  
المولودين جديدا وكذا من هذا القبيل الذي يكون ظاهرا من جملة ظواهر  
الالتهاب النزلي الممتد للغشاء المخاطي الشعبي مدة تسلطن الالتهاب الشعبي



الوفاى والزكام الودى الذى هو عرض من الاعراض الرئيسية للتسمم  
بالمركبات الودية والقول المشهور جدا من ان الزكام معد مخالف لجارب  
المعلم (فريركس) التى ما تنجح فيها تلقى افراز الزكام من شخص مصاب به فى اى  
دوره الى شخص آخر

### (الصقات التشرىحية)

فى ابتداء التهاب التزلى للغشاء المخاطى الانفى تكون الاوعية الشعرية للغشاء  
المخاطى ممتلئة بالدم وجوهر هذا الغشاء مرشحا والغشاء المخاطى المستفح  
بسبب احتقانه وارتشاحه ارتشاحا او ذمعا ويا - فتر زمته افراز شفاف لالون  
له مانع ملهى وفى انشاء انتهاء هذا المرض يتناقص كل من الافراز والاحتقان  
والانتفاخ ويصير الافراز كثيفا مختلطا بكثير من الاخلية الجديدة التكوين  
بميت يصير غير شفاف

وفى احوال التهاب التزلى المزمن يفتتح الغشاء المخاطى انتفاحا عظيما وينقرض  
منه افراز قليل الكمية والعادة ان يكون غزير شهيم بالديد بسبب  
اختلاطه بكثير من الاخلية الجديدة التكوين ولا يندران يتكاثف هذا  
الافراز ويحفظ فى الانف على هيئة قشور صلبة وسخة مخضرة معقدة وله عند كثير  
من الانحاص ميل عظيم للفساد والتعفن بدون ان يعلم سبب ذلك وقد يودى  
الالتهاب التزلى المزمن للغشاء المخاطى الانفى الى تكون قروح نزلية وذلك اذا  
لم يكن تكون الاخلية الجديدة قاصرا على السطح الظاهر للغشاء المخاطى بل  
امتدا لباطن جوهر الغشاء المذكور وهذه القروح تبقى سطحية غير انها احيانا  
تغور الى الباطن سيما عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمنهوكين وحينئذ  
يمكن ان تفسد سمحاق العظام والغضاريف وتودى لحصول تسوس او تنكروز  
فى الغضاريف او العظام ويمتري افراز هذه القروح سيما الاخيرة فساد  
وتعفن كره الرائحة جدا وهذه الظاهرة لا تشاهد فى افراز النزلة الاتمية  
البيطة الا نادرا جدا

وفى احوال اخرى قد تودى النزلة الاتمية الى ضخامة بليوسمية فى الغشاء  
المخاطى الانفى تظهر تبعا لرى (دوكتسكى) تارة على هيئة حلقات مرتفعة ذات  
سطح غير مستو ومنشرة على سطح القرينات وتارة على هيئة انتفاخ محدود دينو

على شكل ورم مستدير ذي عنيق او مغزلي وهذه الاورام تتكون من تولد  
هلامي في المنسوج الخلوي اسفل الغشاء المخاطي ومن ضخامة اجزائه التي  
لا يندران تقع على هيئة اكياس ثم تستحيل فيما بعد الى منسوج ضام ذي  
الياف تضيق تجويف الانف وتسده بالكلية ثم تبرز فيها من القشحات المقدمة  
او الخلفية للجناسيم

### (الاعراض والسير)

حيث ان اعراض الزكام معارضة لكل انسان فلنذكرها مختصرة فتقول ان  
المرضى تشكي باحساس بخناق في الانف وبانسداد تام ولا يلحظ المريض  
لتمخط متعب مع التكرار اما من احدى طاقى الانف او منهما معا فيص  
المريض زمنا فزمنيا بأكلا ن ودغدة بالانف مع عطاس ثم يذهب جفاف الانف  
اقر اغزير فيسيل منه على الدوام سائل شفاف لالون له مائي ملحي الطعم يخرج  
الشقة العليا فتصير جحرا واحيا تاما متسلطة وهذه الصفة المهيبة للافراز القلوي  
ينسبها المعلم (دونوس) لاحتمائه على كثر من ملح التوشادر وقلة احتوائه  
على ملح الطعام ولو كان طعم هذا الافراز ملحيا وتكون حاسة الشم مضطربة  
والتكلم اقلما ويكاد يمتد هذا الالتهاب النزلي في جميع الاحوال الى الغشاء  
المخاطي للجيوب الجبهة فتتشكي المرضى تبعاً لذلك باحساس ضغط أو ألم شديد  
في الجبهة على حسب شدة الالتهاب والتطير يرى الغشاء المخاطي الانقي احمر  
منتفخا وفي احوال الالتهابات النزلية الكثيرة الشدة يمتد كل من الاحمرار  
والانتفاخ الى جناسى الانف والوجنتين وكثيرا ما يتضاعف الزكام برمد نزلي  
فيحصل للمرضى فزع ضوئي وتسيل من عيونهم الجراء الدموع بكمية غزيرة  
في باطن الانف وعند اشتراك الحلق في الاصابة يوجد عندهم تعسر في الازداد  
وعند امتداده الى المسالك الهوائية يحصل لهم سعال ووجه الصوت وحين  
امتداده الى بوقى استاكبوس يحس بالم خفيف وطنين في الاذنين وضعف في  
السمع وقتيا

ثم ان مجموع الاعراض السابقة يكاد يصلح على الدوام باضطراب حتى عوى  
سيما في كانت درجة الالتهاب النزلي شديدة وامتداده اعظما ويقل هذا  
الاضطراب جدا عند اشخاص يقل تأثيرها من الحرارة الحمية دون الاشخاص

الكثيرى التنبيه فان الحركة الحمية تشتد عندهم جدا وتلك الحركة في هذا المرض تظهر اعراض الحمى النزلية وهى القشعريرة المتكررة التى تتردد عند كل تقاب جوى وآلام الاطراف واسترخاؤها وقد شبهة الاكل ونحو ذلك مما سبق في مجتث النزلة الشعبية من الاعراض الحمية

ومدة الزكام الحادة قصيرة لما انه يقل الاقرازا ما في اليوم الثانى أو الثالث ويصير كثيفا غير شفاف ويفقد طعمه المالح وتقل صفاته القلوية ويكتسب لونا مصفرا أو اصفر مخضر او ينجف عنه وما في اثنائه الليل ويستحيل الى قشور منبسطة ملتصقة بالغشاء المخاطي ويتناقص كل من العطاس والانف ويزول الالم الجبهى وانتفاخ الغشاء المخاطي فيسلك تجويف الانف عقب انقذاف ما احتوى عليه من الاقرازا السائل او المتكاثف بواسطة التجفط وسدران يستدل الاضطراب الحمى زيادة عن يوم أو يومين وجميع الظواهر المتعلقة بامتداد الزكام الى الاغشية المخاطية المجاورة تتناقص شدة ونحو انتهائى السبوع الاول أو تزول بالكلية وفي غالب الاحوال ينتهى هذا المرض بالشفا التام في اليوم الخامس أو السادس أو الثامن وسدران تتسدمدة الزكام حتى يزمن كما يكون بالخصوص في خنازيرى البنية والزكام وان كان غير خطير بالكلية عند البالغين ولو كثر حصوله اهمس الا انه مهم خطر بالنسبة للرضع بسبب انسداد الحفرة الانفية الضيقة فتعسر الرضاعة عليهم فان لم يعطوا في مثل هذه الاحوال الغذاء بواسطة ملائمة أمكن تمديد الحياة بالخطر خصوصا عند ضعف البنية منهم

واما الزكام المزمن فيفقد فيه كل من حرقة الانف والعطاس والحمية والاضطراب الحمى العمومى لكن انتفاخ الغشاء المخاطي ينتج عنه ضيق مستمر في تجاويف الانف بحيث يحصل في بعض الاحيان انسداد تام او غير تام في احدى طاقى الانف او هماما بحيث يتعذر جذب الهواء ويصير التكلم أثمنا ويسمى عند العامة بالزكام المستعصى والاقرازا في هذا المرض تارة يكون مخاطيا فقط وتارة مخاطيا صديديا وفي بعض الاحوال يقرز بكمية قليلة وحيانا بكمية عظيمة جدا وليس الاقرازا الغزير الصديدي من الانتميل للتعفن والفساد بل بعكس ذلك يشاهد ثفن الانف احيانا في بعض احوال

الزلات الانفية ذات الافراز القليل جدا بحيث لم يمكن مشاهدة الظواهر  
الزلية وذهب بعض الاطباء بسبب ذلك الى ان تنق الانف يتعلق في بعض  
الاحوال بتصدعات منتنة من الغشاء المخاطي الانفي وليس من تنق افرازه  
المتعفن ويظهر ان الافراز الانفي يكثر تعفنه وفساده كلما كان تجوف الانف  
أكثر ضيقا ويمائل هذه الظاهرة تعفن الافراز وتنته عند الاطفال الصغار  
المصابين بالاجزى ما خلف الاذن فان الافراز الجليدي يسهل تعفنه في الميزاب  
الضيق بين الاذن والرأس ويكسب سانة رمية وان كان الافراز غزيرا صديديا  
فكثرت القشور الصلبة السوداء المخضرة وتخرج اما بالتخطأ أو بدفعها في  
البلعوم وانجذب اليها بجمركة التخم ثم تنفذ الى الخارج بجمركة البصاق وفي  
بعض الاحوال يكون جدار البلعوم مغطى بكثير من هذه القشور الزكام  
المزم من مرض كثير الاستعصاء بالكلية بحيث يستعصى على جميع الطرق  
لعلاجية ويستمر سنين عديدة مع اختلاف الشدة ولا تجزم بان كان الزكام  
المزم يؤدي لتسكين قروح ويعرف ذلك بتنق الانف أم لا وحيث لم تكن  
الرائحة المنتنة للافراز الانفي علامة دالة على تفرغ الغشاء المخاطي بل توجد  
أيضا في الزكام المزم البسيط التزمت الاطباء أن يجعل لتنق الانف شكلين  
تنق الانف المقرح وغير المقرح وتشخيص القروح مع التأكيد لا يمكن الا  
في الاحوال التي يكون مجاسها في صفيرة ~~ممكن~~ مشاهدته باستنصاة الانف  
وتوسيع الحفر الانفية أو الوصول اليها بواسطة مجسم وقروح الانف هذه عمرة  
الشفاء ولو السطحية منها غير الواصلة لسججات الغضاريف أو اعظام فانه  
زيادة عن التهييج المتكرر الذي يعتري الانف بجمركة التخطئ بجميع الكلبة التصاق  
الغشاء المخاطي التصاقا متينا بالغضاريف والعظام وتقارب حواف هذه  
القروح وبذلك يمنع الالتحام أو يتعذر بالكلية وامتنع تنق الانف الزهري  
فستكلم عليه في الجزء الثاني كما ستكلم على تأكل الانف بواسطة اللويس  
اي القوية القرصة المعبر عنها بتنق الانف الخنازيري

ثم انه يخفى على الطبيب تضائق الحفر الانفية ان كان بانتفاخ الغشاء المخاطي  
وضخامته أو تكون أورام بوليمية فيه حتى تظهر تلك الاورام وتذكر اما  
بالجس أو بالنظر ولذا يجب عليه البحث بالدقة عن الحفر الانفية من الامام

والخلف أعنى في الخياشيم في جميع الاحوال التي بهم توجد ظواهر الزكام  
المستعصى خصوصاً متى كان الافراز الخارج بالتخط محتلطاً بكثير أو قليل  
من الدم وكل من كيفية البحث عن الاورام البوليوسية الانفية واعراضها من  
متعلقات علم الجراحة فلا تعرض لها ولا غيرها من التولدات المرضية للانف  
فمن أراد ذلك فعليه بكتب الجراحة

### (العالجة)

قد أوصى عدة أطباء بطرق علاجية قاطعة الزكام الحاد لكن جميع هذه الطرق  
سواء كان بسد الحفرة الانفية بالاسفنج أو بكرات من نسالة أو بمحقن الانف أو  
ممن غشائه المخاطي المريض بمحاولات قابضة أو مخدرة أو باستنشاق مساحيق  
مسكنة أو استنشاق البخرة من الخاليك المتصاعدة أو التدبير الغذائي الخاف  
لم يتأ كد نجاحه واجود الطرق العلاجية التعرّيق القوي فان بهذه  
الطريقة يمكن قطع سير الزكام في كثير من الاحوال أو بالاقبل تنقيص مدته  
فان تبسر استعمال الحمامات البخارية العمومية (الممزوجة بالحمامات  
المسكوية) ويجب استعمالها عند المصابين بزكام شديد جداً انما يكون ذلك  
مع غاية الاحتراز فان النجاح متوقف على ذلك وفي غالب الاحوال يقتصر  
الطبيب على ايصال المريض بالمكث في أودته بعض أيام وتعاطي مشروب فاتر  
زمنافز منا وتدبير الرأس والاقدام وتدفئته او عدم استعمال المناديل  
المصنوعة من الحرير والقطن بل المصنوعة من التيل مع تغييرها بسرعة وذلك  
الشفة العليا بحم حم دلو ملطف لاجل حفظها بطبقة شمعية من التأثير المهيج  
للافرز الانفي وكذا استنشاق البخرة القاترة المليئة بمحذوق في ابتداء الزكام  
مادام الانف جافاً واما استنشاق الماء البارد وان لم يكن فيه خطر كما تعتقد  
العوام فلا يحصل به تطهير مستمر بل الظاهر أنه يطيل مدة المرض وفي آخر مدة  
الزكام عند ما يتناقص تهيج الغشاء المخاطي ويحصل بدلا عن حالة التنبية حالة  
ضعف واسترخاء فمن الجيد التمسح في الهواء المطلق مشبعاً بالاقدام وتعاطي  
التشويق زمنافز منافز ذلك يتقطع سير المرض بسرعة وعند الاطفال الرضع  
الذين لا يمكنهم التمسح ينبغي تنظيف الحفرة الانفية من القشور المتراكمة فيها  
بواسطة الحقن بالماء القاتر زمنافز منا واعطاهم اللبن بواسطة ملعقة قهوة

أو ابريق صغير مادام الرضاع متعسرا

و اما معالجة الزكام المزمن فمما ينبغي اعتباره الاضطرابات البديية فيعطى  
 زيت كبدة الحوت في الاحوال التي بها تسكون التغيرات البنية الخنازيرية  
 متسلطنة وأما الاشخاص السمان الغلاظ اللينقاويون الكثير والشهم  
 فينبغي أن تستعمل لهم طريقة علاجية ملطفة مع الحمية واستعمال الملبسات  
 استعمالا منتظما والتعود على المعالجة بالماء البارد ومن المهم جدا في معالجة  
 الزكام المزمن اجراء معالجة موضعية وأقواها وأكثرها فحماض الغشاء  
 المخاطي الاتني بمحلول تترات القضة من ٢ ديسي جرام الى جرامين على  
 ٣٠ جراما من الماء (أعنى من أربع قحاحات الى ٣٠ قحقة أو قبضة من الماء)  
 أو من الغشاء المخاطي نفسه بالجرجر الجهنى الصلب زمنا زمنا ومن المشهور  
 جدا في معالجة الزكام المزمن استعمال المركبات الزيتية استعمالا  
 موضعيا على شكل نشوق بان يؤخذ من الزيت الحلو والراسب الاحمر  
 ٥ ديسي جرامات (أى من كل ١٢ قحقة) ومن السكر الابيض ١٠ جرامات  
 (أى نصف أوقية) او يذغ محلول خفيف من السليمان ويستعمل  
 حقنا في الانف وأقل من ذلك في المنفعة استعمال الشب والاستنضارات  
 الرصاصية والخارصينية والتدنية وان كان الانز امتنا ولم تزل وانتهت  
 باقية مع استعمال المعالجة المذكورة وجب استعمال الحقن بماء  
 الكلور المخفف جدا أو بمحلول بودى خفيف من واحد ديسي جرام  
 الى اثنين ديسي جرام (أعنى من قحنتين الى أربعة) من اليود النقي ومن ٢  
 ديسي جرام الى أربع من يودور البوتاسيوم (أعنى من أربع قحاحات  
 الى ٨) ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما (أعنى ست أواق) أو يستعمل ماء  
 الكبريتوزوت أو حمض الكبريتيك من ٢ ديسي جرام الى واحد جرام على  
 ١٠٠ جرام من الماء المقطر فكثيرا ما يحصل بذلك تحسين وأجود الواسطة  
 في ازالة تنق الانف وقبها استعمال محلول خفيف من فوق منجنات البوتاس  
 من ١ ديسي جرام الى ٥ على ١٠٠ جرام من الماء المقطر  
 والقروح الانفية النزلية تستدعى عين المعالجة المذكورة غير أن المعالجة  
 الموضعية لاسيما من القروح بالجرجر الجهنى أشد ضرر ورفقته في استعمال هذه

الواسطة في النزلة المزمنة البسيطة والاجود من حقن الانقب بالمحالولات  
الدوائية استعمال جهاز التشلل الانقب فانه آلة بسيطة يعود عليها المريض  
بأدنى غرقن وأما القروح الصليبية التي تحصل في فوهة طاقات الانقب فانها  
أحيانا تنشئ من ذاتها متى امتنع الحاك عنها ونزع تشورها بقوة ويمكن  
احداث شفاها بوضع كريم من القلادة مدعونة بمرهم الراسب الابيض أو الاحمر  
وأما معالجة التولدات البوبوسية فانها تختص علم الجراحة فلا نطيل بذكرها  
\*(المبحث الثاني)\*

\*(في نزيف الغشاء المخاطي الانقب المعروف بالرعاف)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

الاوعية الشعرية للغشاء المخاطي الانقب يعترها انحرافات أكثر من الاوعية  
الشعرية الموجودة في أغشية مخاطية أو أعضاء أخرى وذلك متى تعددت بتأثير  
ضغط باطنى شديد واقع عليها فان أغلب الانحطاص لا يترجمهم أنزفة ذاتية غير  
النزيف الانقب فيحصل لبعضهم بكثرة ويندر في آخرين ولا يصان منه الا القليل  
وكما ان الرعاف أكثر الانزفة الذاتية حصولا فلا غرابة في كون الاغشية التي  
نحن بصدد هاهي التي تتميز بانفرادها وتفرق الاتصال عند وجود الشروط  
البنية المرضية المتعلقة بزيادة حصول الانزفة الذاتية على العموم ويظهر  
أن الصفة المرضية لجدار اووعية الشعرية التي ييسر نزفها أعنى الدياتيز  
أى سوء القنية التزيني تكون منتشرة في أغلب أوعية الجسم لكن هذا  
الاضطراب الغذائى بلادر الاوعية لا يكفي لحصول نزفها بغير رد الضغط الباطنى  
للدما فى الانقب أعنى في العضو الذى تكون فيه جدر الاوعية قليلة المقاومة  
في حدودها

ثم ان الاستعداد للرعاف يكثر عند الشباب دون الطاعنين في السن لكنه  
لا يتضح الا بعد الثمانين الثانى ولا يشاهد عند الاطالة الحديدى السن  
والصغار منهم ثمقاء البنية ذاتها والعظام والعضلات ودوال الجلد الرقيق  
الناعم أكثر من أقوىاء البنية ذوى العظام النامية والعضلات القوية ويكثر  
اضطراب تغذية جدر الاوعية الشعرية بالاعراض المنبهة المستطيلة حادة  
أو مزمنة ولا يشاهد كثيرا ظهور الرعاف مضاعفا لمرض أو كفة العامة الحادة

أو المزمومة في أثناء سير التقيوس والالتهاب الرئوي (ولاسيما الالتهابات الخفية  
 للبطن التي يحملها الأعور أو القولون) وفي مدة يرالدن الرئوي وتسوس  
 العظام ونحو ذلك والقول بأن الاوعية الشعرية للأنف يكثر ما تعداده  
 للفرق زيادة عن غير ما من الاوعية الشعرية لاعضاء أخرى يزيدا ظاهرة  
 الانسية تأييدا عظيما وحوان التغيرات المرضية المذكورة التي بها اضطرب  
 بلا شك تغذية الجسم بقامه لا تغذية الغشاء المخاطي الانفي فقط يكثر حصول  
 الرعاف جدا عن غيره من الانزفة بحيث يحصل في تسع حالات قبل ان يحصل  
 غيره من الانزفة مرة واحدة ولذا كران من الطواهر الكثيرة الحصول حصول  
 الرعاف من الأنف صاحبها لمرض الطحال بحيث ان تكرار الرعاف كان  
 يعتبر عند لاقدمين من الاطباء وعند العوام الى الآن عرصاد لاعلى  
 امراض الطحال غير ان امراض الطحال تصاحب بكثرة الامراض المنهكة  
 وهذه الاخيرة يعقبها الرعاف بكثرة سواء كانت مضاعفة تبرز في الطحال  
 او لا بحيث ان الارتباط السببي بين الرعاف وامراض الطحال يكون  
 مشكوكا فيه وهذا يقال خصوصا بالنسبة لاحتمال الطحال وضخامته  
 البسيطة وأما الارتباط السببي بين الرعاف واحدا من امراض الطحال الذي  
 هو أساس ليكمي (أعني سوء لقيته البيضاء بمعنى ترايد الكرات الدموية  
 البيضاء في الدم وتناقص الكرات الحمراء فيه) فلا شك فيه فان الرعاف هذا  
 يكون متعلقا بدون واسطة بمرض الطحال أو أنه بواسطة اضطراب  
 المخداني العمومي الناجم عن هذا المرض وأما الاسباب المتعمدة للرعاف فقليلة  
 الت في أغلب الاحوال بحيث لا يمكن اثباتها غالبا فانه وان حصل النزيف  
 الانفي عقب السقطات والصدمات أو جروح الأنف وصحب كل من قروح  
 الأنف والتهابات الجذيد في تجويفه أنزفة انسية عارضية الا انه لا يكتسب  
 شدة عظيمة عند الأشخاص الغير المستعدة للرعاف بحيث لا يحتاج لطرق  
 علاجية قوية

وأما الأشخاص المستعدون لفيسهل حصول الرعاف عندهم عقب الامتلاء  
 الدموي العمومي الناتج عن الافراط من المأكول او المشروب الروحيين  
 والقهوة والشاي وغيرها من المشروبات الذاترة والحركة الشديدة للجسم



والاشغالات النفسية وغيرها من المؤثرات التي تحدث ازدياد في انقباضات القلب وفعله فان جميع ذلك مما يحدث عندهم رعا فاسهولة جدا وفي أحوال أخرى قد يكفي أقل عوق في استقراغ الدم من الرأس حتى يحدث تمزق في الاوعية الشعرية الانقباضية لكن الغالب كما ذكرنا انه لا يمكن معرفة الاسباب المقمة للعراق عند الامتناع المستعدين له بحيث ان الرعا فوان مميزة بزا نظريا جملة اشكال كالتشكل الامتلاقي الدموي والشكل الاحتقاني التواردي والشكل الاحتقاني الاحتباسي غير انه لا يمكن تمييز ذلك في كل حالة واضحة ومعرفة شكل الرعا فاني كل حالة وكثرة وجود الاحوال التي فيها يسيل الدم من احدى طاقتي الانقباض على الدوام عند الاشخاص المستعدين للرعا فاني خصوصا عقب النقص فيها بالاصبع مع انه في الطائفة الاخرى لا يحدث ثوبه رعا فاني يقرب للعقل ان مثل هذه الازفة تأتي على الدوام من أوعية مخصوصة مقدرة كائنة في الجهة السفلى المقعدة لاحدى جهتي الانقباض وان اعتبرنا ان أكثر وضوح الشبكة الوعائية وغوفا في الغشاء المخاطي الاقريينات السفلى بحيث يوجد هناك شبكة وعائية شريانية ووريدية عظيمة وان التزيف الانقباضي الذي نحن بصدده يستند عند بعض الاشخاص بشدة ابتداء بآثارها بمعنى انه يخرج من طائفتي الانقباض سلسول دموي صغير مستقر فلم يكن عندنا شك في انه يوجد في مثل هذه الاحوال عددان دواليه ورقة في جذر احدى التفرعات الوعائية وانه هو السبب في حصول التزيف ولولم يكن اثبات ذلك اثباتا تشرحييا بالنظر وكذا اعتبار الامر الاتي الواضح وهو انه في أحوال الرعا فاني الشديد المستعصى يكن غالباً بسد القوهة المقدمة من الانقباض بواسطة سدادة وان من النادر الالتجاء لسد القوهة الخلفية أعني الخياشيم يدل كذلك على أن يقبوع الدم آت في الغالب من الجهة المقدمة السفلى للانقباض

### • (الصفات التشريحية) •

جثة الهالكين بالتزيف الانقباضي تتعفن بسرعة ويظهر عند قطعها علامات قلة الدم وماعداد ذلك فلا يرى بالبحث عنها علامات مخصوصة بمعنى انه لا يوجد وعاء منفرد يعتبر ينبوعاً للتزيف كما انه لا يوجد بالبحث بالمكroskop تغيرات

تشر بحجة في جدر الاوعية يتعلق بها سهولة تنزقها

• (الاعراض والسير) •

يسبق الرعاف في بعض الاحوال باعراض أولية اما ان تكون عبارة عن ظواهر مرضية تتعلق باستحقاق الغشاء المخاطي الاتني واستنساخه بحيث تحبس المرضي قبل التزيف بنوع انسداد في طاقتي الانف واحساس بضيق في القسم الجهسي أو عبارة عن ظواهر احتقان تواردي في الدماغ أو احتقان احتباسي فيه أو امتلاء دموي عام وفي كلتا الحالتين تحسن هذه الظواهر السابقة عما قبل بعد حصول الرعاف وحيث ان الظواهر السابقة تكون أكثر ألما من الرعاف نفسه فحينئذ يد ظاهرة بمرآة

وأما ظواهر الرعاف نفسه فلا تحتاج لزادة الايضاح والدم يسيل اما من إحدى طاقتي الانف أو منهما معا وهو الغالب وسيلانه يكون اما على هيئة نقط أو سلسول كثير الشدة أو قليلا وان حصل التزيف لمدة يوم المرض على ظهره فان الدم يسيل من طاقتي الخياشيم ويصب في تجويف الحلق ويصل جرم منه الى الخنجره ويحدث تهيج سعال أو غثاء مومي يقتطن المرضي عند استيقاظها انه اعتراه نفث دموي فترتاب من ذلك كثيرا وفي احوال أخرى يزود التزيف ويصل الى المعدة ثم ان ينفذ بالقيء أمكن التباسه بالقيء الدموي أي التزيف المعدي ويكون الدم السائل من الرعاف ابتداء ذالون ذلك له ميل للانفكاك في الاناء الذي ألقى فيه أو على سطح الشفة وسواء نتج عن هذا الانفكاك سد الحفرة الانفية سد ذاتيا أو امتد من الوعاء المنسكب منه الى باطن باقي الاوعية الشعرية فانه ينتج عنه عما قرىب وقوف التزيف وفي الاحوال التي لا يكون للدم فيها ميل من الانسداد الى الانفكاك تستطيل مدة الرعاف جدا فيملك المريض سيما اذا كان ضعيفا جدا من قبل وقد دلت التجارب على ان الرعاف يكثر استعصاؤه كلما طالت مدته بحيث لو قادى ثلاثة أيام أو أربعة لا يمكن ايقافه إلا بسد الانف كما انه قد انضج في بعض الاحوال وضوحا ينان فقد الدم يزيد في ظهوره والياتيز التزيفي اى سوء التقنية التزيفي أكثر من باقي الاسباب المضممة بحيث انه كثيرا ما ينضم للرعاف المتمك المستمر بعض أيام أنزفة من أغشية مخاطية أخرى ومن الاوعية الشعرية

الجلدية على شكل اللطخ المعوية وفي الاحوال الاخيرة من الرعاف الغزير  
المستطيل تكتسب الاغشية مخاطية الظاهرة لوناً باهتاً سيماً لشفوتين  
والمتحتمتين ويكتسب الجلد لوناً ابيض وسخامتة على أي باهتاً وتقع المرضى  
في حالة ضعف عظيم وقد يكو بالام في الرأس والرقبة واحساس بضجر  
وخفقان في القلب وتقع بسهولة في لآغواء لم يمكن ايقاف الرعاف في مثل  
هذه الاحوال الذي لا ييسر فيها الا بالوسايط العلاجية القوية جداً أمكن  
أ. جهل المريض من فقد الدم

### • (المعالجة) •

أما الرعاف غير الشديد الذي يظهر عند أقرباء البنية سيماً من كل منهم حصل  
له ظواهر مرضية سابقة تحسن هذا الرعاف فينبغي تركه وتقسيمه حيث أنه  
عما قريب يقف وان اشتد اتزيف وحصل للمريض ضعف منه او كان ضعيفاً  
من قبل بحيث ان حصول اذى في فقد دموى يخشى منه وجب على الطبيب ايصال  
المريض بعدم التسبب في زيادة الدم بواسطة التحفظ والمصح مع التكرار  
والايصال بوضع المكعبات الباردة على الجبهة والانف أو يومر باستنشاق  
الماء البارد الممزوج بنخل او الشب استنشاق خفيفاً مع الاستمرار وينع  
المريض مادام الرعاف حاصل من فحركات جسمية ومن تعاطى القهوة  
والشاي ولشروبات الساخنة وغيرهما من البواهر المنبهة مع استعمال  
المشروبات الحضية الباردة فان لم تفر هذه الوساطة العلاجية ازداد ضعف  
المريض من استمرار التزيف واكتسب الدم لوناً أحمر باهتاً وكان انعقاده بطيئاً  
غير تام وجب عدم الاقتصار على استعمال البواهر الموقفة للتزيف  
كبكبيات نظارصين والكريوزوت ومخلول فوق كلورور الحديد خوفاً من  
اضاعة الزم في القمادى على استعمالها مع تلك البدوى بل يشرع في  
استعمال السد البسيط وان لم يثمر ذلك يستعمل السد المزدوج بواسطة مجس  
(بلوك) كما ان استعمال الوضعيات الباردة على الصحن من الرجال وعلى  
النساء من النساء ووضع المحاجم الخافئة واتشريطية على القفا وربط احد  
الاطراف ورفع الاراعين الى الاعلى ونحو ذلك من الوساطة النفعلة جداً  
في بعض الاحوال ولا ينبغي ضياع الزم في استعمالها زماناً طويلاً الا في

لاحوال التي فيها لا يكون الرعاف أدنى خطر ولم يصل إلى درجة عظيمة وعين ذلك  
 يقال في استعمال الادوية الباطنة كالحوامض والجوهرات ووجع الفم  
 فانه كلما حصل التأخر في إجراء السد عسر على الطبيب ايقاف الرعاف بل وانه  
 زيادة عن ذلك تحصل انزفة أخرى غير التزيف الاتي بتقديم الديانيزانزيفي الذي  
 ليس عندها المقاومة وساطة علاجية قوية وتعد شأنا تجلة أحوال فيها تأخير  
 عملية السد كالسبب الهلاك

• (في أمراض الجهاز الدوري) •

• (الفصل الاول) •

• (في أمراض القلب) •

• (المبحث الاول) •

• (في ضخامة القلب) •

• (كيفية الظهور والأسباب) •

يعني بضخامة القلب السعاسة التي تحصل في جذوره الناشئة فقط عن ازدياد حجم الألياف العضلية الطبيعية لهذا العضو ومن المهم جدا تمييز هذه الضخامة الحقيقية للقلب التي نحن بصدد هنا عن باقي أنواع ضخامة جذوره غير الحقيقية المعروفة بالكاذبة أي الناشئة عن تكونات غريبة ومهاكة فيها لان كلا من هذين النوعين من الضخامة له تأثير مختلف بالنسبة لتوزيع الدم في الجسم ودفعه في الاوعية فيحدث عن كل منهما حينئذ أعراض مختلفة فان القلب المصاب بالضخامة الحقيقية اذا حصل فيه استرخاء مرضية أخرى اى اذا استحالَت الضخامة الحقيقية الى ضخامة كاذبة شوهت تغير في حالة المرض وتأثيره وانتقاله من حالة الى حالة أخرى بمعنى ان تأثير المرضي الابتدائي يزول شيئاً فشيئاً بحيث متى غلبت الاسترخاء المرضية على الضخامة الحقيقية تنضج صورة مرضية مخالفة للصورة المرضية الابتدائية بالكلية

ثم انه وان استبان لنا ان التغذية الغير الكافية أو تقدم الامراض المنهكة أي المصحوبة بالسلب والنوكة ينتج عنها ضمور في جميع عضلات الجسم والقلب مع الا انه لا يشاهد ان التغذية القوية الغزيرة بانقرارها لا تحدث عكس ذلك نمواً وضخامة في المجموع العضلي ومن جهة أخرى يشاهد ان الاقباضات العضلية المتكررة لعضلات الجسم المدركة بالنظر تحدث ضخامة فيها كما يشاهد ذلك في عضلات الساق عند سكان الجبال الشاهقة وعضلات الذراع عند الحدادين والبياطرة مثلاً وقد ذكرنا سابقاً كذلك ان ازدياد حجم ودان عضلات الشهيقي وضخامتها هو السبب الرئيس في اكتساب تجويف الصدر وضعاً مستقرأشبه قبا أي كالذي يكون عليه في حالة الشهيقي وتوجب ما ذكر توجيهاً فسيولوجياً ليس معلوماً الى الآن انما من المهم معرفة ان كل عضو

تعرض لتأثير التيار الكهربي وأحدث فيه هذا التيار انقباضات عضلية  
تشبه مسقرة فان هذا العضل يحفظ ازدياد حجمه ازدياد ايسر مدة ساعات  
بعد تأثيره ثم انما اذا تأملنا الامور التي تنبع عنها ضخامة في القلب تبعا للتجارب  
الفسيولوجية وجدنا ان أغلبها عبارة عن تغيرات مرضية أحدثت  
انقباضات عضلية قوية مسقرة أو متكررة في القلب

وحيث اعترف الفسيولوجيون بأنه لا بد من وجود فعل منظم لمركبات القلب  
غيره يوم لانه تسكين حركته بحسب احتياجات الجسم فتزداد عند الحاجة  
العوائق التي تعجز القلب على قهرها وتتناقص عند ما تنقص كذلك فمن  
الواجب حينئذ أن نبرهن على ان ضخامة القلب توجد وتحصل في جميع  
الاحوال المرضية التي فيها فعل القلب ومجهوداته تزداد تزايداً مستمراً  
ومتكرراً في جميع الاحوال التي فيها تكون العوائق الدورية اللازمة  
قهرها متزايدة واثبات ذلك سهل وهو

أولاً ان ضخامة القلب تكاد تعجب على الدوام تعدده فان تعدده يؤدي لازدياد  
منحصره أعني كمية الدم المحتوى عليها وحيث ان القلب لا يمكنه قذف  
ما احتوى عليه تجويفه في الحالة الطبيعية الا بفعل مجهودات فلا بد وأن  
تزداد مجهوداته أي انقباضاته العضلية أيضا عند ازدياد منحصره ازدياداً  
غير طبيعي ولو كانت الصمامات ومقاومتها في جسد الشرايين على حالتها  
الطبيعية وضخامة القلب الناتجة عن مجرد تعدده سنوضحها عند الكلام على  
التهاب التامور فان رخاوة جدره التي تحصل في المرض المذكور يعجزها حالاً تعدد  
في تجويفه ثم يعقب ذلك بسرعة بالضخامة القلبية بدون أن ينضم لذلك عوائق  
جديدة أخرى تمنع استقراره وكذا يحصل تعدد القلب عند عدم سد الصمامات  
القلبية سدا تاماً ثم تحصل فيما بعد الضخامة في اجزاء القلب الكائنة بقرب  
الصمامات فان دفع كمية زائدة من الدم في الاوعية فتحتاج لمجهود عضلي زائد  
أيضا

وثانياً تصاحب ضخامة القلب كذلك تضاييق قهراته والجدوع الوعائية  
الغليظة وتوجب هذا واضح حيث انه بذلك تزداد العوائق الميكانيكية التي  
يقاومها القلب بمجهوداته وانقباضاته العضلية فضخامة البطينات تصاحب

تضيق القوھات الشريانية للقلب وكذلك تضيق الجذوع الشريانية العظيمة  
تضيقاً عارضياً أو خلقياً وأما ضخامة الأذينات فانها تصاحب تضيق  
القوھات الوريدية للقلب

وقالنا تصاحب ضخامة القلب القعدد الاينوريزماوى واللايبر والشريان  
الرئوى اذ من المعلوم من النواميس الطبيعية ان المقاومة التى تكابدها  
السوائل حال جريانها فى الاييب تزداد متى حصل تزايد أو تناقص فجاء فى  
متسع هذه الاييب وهذا يحصل متى كان أحد هذين الوعائين القليظين  
التاشين من القلب مقعدداً تعدد الجوز وما يعطى بالاسميا ان كان هذا  
القعدد قاصراً على أحد أجزائه فان نتيجة ذلك هو تزايد مجهودات القلب  
وحصول الضخامة فيه

وربما قلج الضخامة القلبية عن عائق دورى فى تفرعات الاورطى والشريان  
الرئوى وكذا كان هذا العائق عظيماً اذ زاد من سلا الاورطى والشريان  
الرئوى وازداد أيضاً وتزجج درائهما وبذلك تزداد المقاومة التى يداهاها  
القلب بمجهوداته

واكفر هذه العوائق المهددة للضخامة هى التى تشاهد فى الدورة الصغرى  
ويحصل عنها ضخامة فى البطين الايمن فقد ذكرنا فيما تقدم عدد اعظيها من  
امراض الرئة والباورائيا يكون حصول ضخامة القلب الايمن نتيجة  
ملازمة لتغير اتم التشرىحية بل تعدى جملة امراض المرض ويضاهاها ان  
استقرغ الشريان الرئوى يكون متعصراً اذ فى الانقباض الرئوى والالتهاب  
الرئوى المزمن بسبب فقد عدد عظيم من الاوعية الشعرية من المنذوج  
الرئوى المتلاشى أو التبيس وفى أحوال الانسكاب البليورواوى أيضاً بسبب  
انضغاط اجزاء عظيمة من الرئة والوعية الشعرية المحتوية، بل يمكن من  
المعلوم ان مقاومة الشريان الرئوى العائقة لاسـتقراغ القلب لا تتعلق بكثرة  
تفرعاته الوعائية وقلمها فقط بل هذه المقاومة تزداد كذلك عند ما يحصل عوق  
لاستقراغ الدم من هذه التفرعات الوعائية الشريانية فى الاوردة الرئوية ولذا  
يضاف للأمراض السابق ذكرها بعض امراض القلب الايسر التى يفتج عنها  
احتباس الدم فى الاوردة الرئوية وسنتكلم فى مجتبات الاوقات العضوية للقوة

الاذينية البطينية اليسرى على ضخامة البطين الايمن المعادلة  
 وخامسا يندر وجود اضطرابات مرضية في الدورة العظمى ينتج عنها ضخامة  
 في البطين الايسر وهذا ناشئ عن كون الدورة العظمى ذات اوعية كثيرة  
 العدد جدا ومن هذه الحيلة لو حصل انسداد في عدد عظيم من اوعية هذه  
 الدورة أو ربطا أحدها جذوعها العظمية وضغطه لتعادل ذلك بزيادة غيره هذه  
 الاوعية المتوزعة في أجزاء أخرى من الجسم ومن الدوائق الكثيرة الامتداد  
 في الدورة العظمى الموجبة لازدياد توتر الايبر وحصول ضخامة في البطين  
 الايسر ولو بدون آفة عضوية في فوهات القلب الاستحالة الاثيرة وما توتيرة  
 (اي العينية الكلية المنتشرة في الشرايين) فان هذه الاستحالة يشاهدونها  
 زيادة في المقاومة التي يكابدها التيار الدموي في الاورطى وعوق في جريانه  
 بسبب استطالة سيرة فيه واحداث تعرجات عديدة في هذا الشريان وقد يوجد  
 البطين الايسر في حالة ضخامة عظيمة عند انسداد الايبر الذي يحصل احبانا  
 أسفل فوهة القناة البوتالية وقد عدها أيضا من جملة الاسباب التي تساعده على  
 حصول ضخامة القلب بجميع الاشغال التي تحتاج للجهد ذات شاقة عضلية  
 فان ثبت هذا جاز أن تعد ضخامة القلب الناتجة عن ذلك من النوع السابق  
 وهوان الضغط الذي يعترى الاوعية الشعرية الكائنة في باطن العضلات  
 المنقبضة يقلل عدد التفرعات الناشئة من الايبر ويضيق مقعرها وبذلك  
 يزداد امتلاء الاورطى وتوتر جداره وقد أثبت المعلم (ترويه) بالتجارب  
 الفسيولوجية ان الضغط الواقع على العمود الدموي في المجموع الشرياني  
 لاورطى يزداد بالتقبضات العضلية الممتدة وكذا ضخامة القلب الغير  
 المشكولة في حصولها غالبا عند النساء الحوامل اي في أثناء الحمل ووجهها  
 بعض الاطباء بزيادة فعل القلب ومجهوداته في أثناء الحمل وبالحمل فقد عدها المعلم  
 (ترويه) أيضا من أسباب ضخامة القلب الناشئة عن اضطرابات دورى في  
 المجموع الايبرى ضخامة البطين الايسر التي تضاعف في كثير من الاحوال داء  
 بريكت في دوره الثالث فانه يشاهدنا من زوال عدد عظيم من الاوعية ومن  
 ازدياد امتلاء الايبر وتوتره الذي لا يصل منه السكينة الا قليل من الدم بسبب  
 انسداد عدد عظيم من اوعيتها الشعرية ازدياد في امتلاء المجموع الايبرى



وهذه الحقيقة يزداد العائق المقاوم لاستقراغ البطون الايسر فتزداد  
 مجهوداتها فينشأ عن ذلك ضخامة فيه ولم يجوز القول بهذا الرأي المعلم  
 (عبري) واعترضه بجملة أمور منها ان ضخامة القلب هذه تصاحب داء  
 بريكت في ادوارها الابتدائية وان هذه الضخامة لا تعتري غالباً القلب الايسر  
 بانقراده بل قم تجاوىف القلب جميعها وان الشريان الايسري لا يكون احياناً  
 غير مقعد فقط بل الغالب أن يكون متضايقا تضايقا غير طبيعي وأن حصولها  
 بهذه المثابة ليس له مماثل ومن البعيد للعقل أن فقد عدد عظيم من الاوعية  
 الشعرية الكلوية ينتج عنه ضخامة في القلب والحال أن ربط جذوع شريانية  
 عظيمة لا يحدث ذلك

وسا دساعتصم ضخامة القلب الامتلاء العموي العموي اذمن الواضح أن  
 الامتلاء العام للمجموع الوعائي يزيد في المقاومة التي يدافعها القلب ويقهرها  
 ومن المشكوك فيه كونه هذا الامتلاء يحصل من ازدياد في متحصل جميع  
 المجموع الوعائي ازدياد مستمر اعمومياً وأن هذا الامتلاء متبادل حال حصوله  
 بكثرة الافرازات وقوتها خصوصاً بافراز السكلى (يعني ان افراز البول لم يزل  
 متزايداً مادام الضغط الجانبي الواقع على جدران التلافيف الوعائية الكلوية  
 للمحافظة للمليحية حاصل) ومن المحقق أن الامتلاء الدموي العموي وقي  
 يحصل عقب الافراط من المأكول والمشرب ولذا كثيراً ما ترى ضخامة القلب  
 العمومية تصيب المقرطين فيملا كزوى الشراة والملمنين على تعاطي  
 المشروبات الروحية

وقد استبان عماد أن ازدياد فعل القلب المؤدى الى الضخامة كان ناشئاً عن  
 ازدياد في مقاومة جريان الدم مع كونه سرعة الدورة طبيعية فكذلك من  
 الواضح أن ازدياد الدورة مع وجود المقاومة الطبيعية لجريان الدم لا بد وأن  
 يترتب عليها ازدياد في فعل القلب فيؤدي ذلك الى ضخامة أيضاً وفعل القلب  
 أي انقباضاته العضلية يزداد عند الاتصالات النفسية الشهوانية ويوجد  
 عند بعض الأشخاص ازدياد عظيم في قابلية التنبيه العصبي لاسيما للقلب بحيث  
 يكفي عندهم اسباب قليلة لازدياد عظيم في فعل القلب وانقباضاته العضلية كما  
 أن تعاطي نحو القهوة المركزة والشاي ولا سيما المشروبات الروحية تحثه

أيضا بحيث بعد جميع ذلك من أسباب ضخامة القلب المعقبة من هذا القبيل  
غير أن هذه الأسباب يندران تؤدى الى حصول ضخامة القلب كالأمر  
السابقة

وبالجملة فهذه الأحوال كثيرة فيها كيفية حصول هذا المرض بمجهولة علينا  
ويعد من هذا القبيل تبعاً لاعتراضات (بمجرد) الرادقة على رأى (ترويه)  
الضخامة القلبية التي تضاعف دأمر يكت بكثرة وبسرعة عظيمة بدون أن يوجد  
مع ذلك آفة عضوية في العظام أو في القلب أو في الأوعية الغليظة  
ثم اتناهد الضخامة القلبية قاصرة في بعض الأحوال على جهة من القلب  
بل تسد تكون قاصرة على إحدى البطينات أو الأذنين ويكاد يثبت على  
الدوام أن تجويف القلب الواقعة جدره في الضخامة كان فعلة العضلي  
متزايد السكن الغالب امتداد الضخامة الى جميع اجزاء القلب امتدادا  
كثيرا أو قليلا ولو اعترى التضيق فوهة واحدة والحالة الأولى أصعب وتوجبها  
ووضوحا من الأخيرة متى علمنا أن بعض الألياف العضلية لأحدى التجاويف  
القلبية يسقر ممددا الى تجويف آخر

### (الصفات التشريحية)

الوزن الطبيعي للقلب يبلغ عند الذكور عشرين أوقا وعند النساء ثمانية وأما  
القلب في حالة الضخامة فقد يبلغ وزنه رطلاً أو اثنين وأما السماكة فتبلغ تبعاً  
للمعلم (بيزوت) في جدر البطين الأيسر عند الذكور خمسة خطوط وعند النساء  
أربعة ونصف وأما جدر البطين الأيمن فيبلغ سمكها عند الذكور خطين وعند  
النساء خطاً وثلاثة أرباع خط وسمك جدر الأذين الأيسر يبلغ خطاً ونصفاً  
وأما الأيمن فسمكها يبلغ خطاً واحداً فعلى ذلك تبدى ضخامة البطين الأيسر  
عند الذكور متى وصلت سماكتها ستة خطوط فأزيد وعند النساء متى وصلت  
الى خمسة خطوط والبطين الأيمن متى وصل سمك جدره الى ثلاثة خطوط في  
الذكور يكون ضخماً وعند النساء إذا وصل خطين ونصفاً وفي الأحوال  
الضخامة القوية قد يبلغ سمك جدر البطين الأيسر قريبا أو قريبا ونصفاً  
والأيمن ستة خطوط أو تسعة وجدر الأذين الأيمن خطين والأيسر ثلاثة  
بالأكثر

ثم ان الضخامة اما ان تعم الجذرا للعمية للقلب فقط أو تعمها هي والاعدة  
 اللحمية والحلمات العضلية أو تكون متسلطة بالاكثر على الاعدة اللحمية  
 المذكورة فالحالة الاولى تشاهد بالاكثرفى البطين الايمن وقد تكون الضخامة  
 عامة فى جميع القلب أو جزئية أى فاصرة على أحد أجزائه وتنقسم الضخامة  
 على حسب قابلية تجاوز القلب الى ثلاثة أشكال فان كانت قابلية  
 تجاوزه باقية على ما هي عليه سميت بالضخامة البسيطة وان كانت منسحقة  
 سميت بالضخامة الدائرية وان كانت متضايقة سميت بالضخامة المركزية وفى  
 كل من الشكلين الاول والثانى يكون حجم القلب متزايدا وأما فى الشكل  
 الثالث فان كان تناقص حجم تجاوز القلب زائدا عن ضخامة جذره أمكن  
 حصول تناقص فى حجمه وهذا نادر

والضخامة البسيطة ليست كثيرة وفى غير من الاحوال التى يظهر فيها أن  
 تجاوز القلب الضخمة حافظة لقابليتها الطبيعية تكون هذه التجاويف  
 متعددة فى أثناء الحياة فحين ان القلب تنقبض الباقى العضلية مدة النزغ انقباضا  
 شديدا بحيث ان تعددها لا يوجد فى الجنة وهذا الشكل يقتصر على البطين  
 الايسر سماعى الاحوال المضاعفة لاداءه يكت

وأما الضخامة الدائرية فهى الشكل الكثير الحصول وكثيرا ما تكون عامة  
 لجميع القلب بحيث يرتقى عند ما تكون مصطبحة بالتعدد الى درجة عظيمة جدا  
 وتكون سببا فى تسمية القلب بالقلب العظيم الضخم وبقاب الثور وقد تكون  
 الضخامة الدائرية فى أحوال أخرى فاصرة على القسم الايسر أو الايمن من  
 القلب وفى الحالة الاولى لا يندران يتناقص متسع تجاوز البطين الايمن  
 بسبب انقطاع الحاجز اللحمى فى باطنه

وأما الضخامة المركزية فهى نادرة جدا ولو أن كثيرا من المشرحين الغير المتفرقين  
 يظنون كثرة وجودها فى الجنة عند مشاهدة القلب المقبض انقباضا عظيما فى  
 أثناء النزغ وقد شك فى وجود هذا الشكل المعلم (كرووايه) وأما المعلم (مجرى)  
 (وركنه سكي) فقد قال لا يندره وجودها فقط

وأما ما يخص شكل القلب فيكون فى حالة الضخامة العمومية على شكل مثاث  
 مقطوع الزوايا واذا كانت الضخامة فاصرة على البطين الايسر صار القلب

مستطيلا واكتسب شكلا هريا وطرف البطين الايمن السفلى يقل امتداده نحو قمة القلب واذا كانت الضخامة الدائرية في البطين الايمن صادرا للقلب عر يضا وذا شكل كروي ويكون البطين الايمن ~~أكثر~~ انقباضا نحو الامام والايسر بعيدا عن جدار الصدر وقمة القلب تكون غالباً متكونة من البطين الايمن بانفراده

وأما وضع القلب فكما ازداد ثقله ازداد انخفاضا بحيث يدفع الحجاب الحاجز ويكون في الغالب مائلا الى جهة اليسار وفي الضخامة الدائرية المعصوية يتقدم في القلب تخفض قاعدته هذا العضو الى أسفل وتجه جهة اليمين وأما طرفه فيتجه جهة اليسار بحيث يكتسب القلب وضعا مستعرضا وبالجملة فان القلب يميل الى الجهة الموجودة فيها الضخامة فيتجه جهة اليمين ان كانت الضخامة قاصرة على البطين الايمن وبالعكس

وضخامة القلب تنشأ غالبا عن ازدياد في أعماق الالياف العضلية من جهة ومن جهة أخرى عن ازدياد عدد نقرس الالياف العضلية الاصلية الابتدائية ولم يتيسر للمعلم (فوريستر) اثبات عظم حجم الالياف العضلية المذكور في أحوال ضخامة القلب

(تنبيه) هذا كغيره من المشرحين وهو (روكنسكي) و(ميجري) عظم حجم هذه الالياف العضلية المذكورة

ولون جوهر القلب يكون مسمر اذا كثرت ازيد التماسك بحيث ان جدار البطين الايمن بعد شقه لا تهبط على نفسها كما هي الحالة الطبيعية (الاعراض والسبب)

من العسر وصف الصورة المرضية التي تنتج عن مجزأ الضخامة القلبية فانه يندر كاذ كرنا وجود هذا المرض بانفراده بل يكاد يكون على الدوام مصاحبا لغيره من أمراض القلب والجذوع الوعائية ونحو ذلك بل ان هذه المضاعفات كذا براماتر يل تأثير ضخامة القلب بالكلية أعنى تزيل الاعراض التي كان حقها ان تنتج عن الضخامة البسيطة القلبية فعظم الاعراض التي تشرح من جهة اعراض ضخامة القلب ليست متعاقبة بهذه الضخامة وحقها ان تكون أكثر وضوحا ان لم توجد الضخامة القلبية هذه صاحبة للاعراض الاصلية

المتعلقة بها هذه الظواهر حقيقة وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للسياوز  
والاستسقاء فان هذين العرضين متى شوهدا في أثناء سير التضخمة القلبية  
لا يتعلقان بهما مطلقا مادامت حقيقة أعني ناتجة عن ازدياد في حجم الطبقة  
العظمية القلبية بل يتعلقان بمضاعفات هذه التضخمة وقد اجتمع هذا المعلم (بوليو)  
كثيرا في رفض قول الاطباء ان التضخمة القلبية تحدث كلاما من السياوز  
والاستسقاء حيث قال ان المعالومات القسورية لوجبة الحقيقة لا تجوز لنا  
القول بان التضخمة القلبية لها اقدرة في حد ذاتها على احداث ظواهر  
مرضية يستبان منها اضطراب وضوء في الوظائف الدورية ومع هذا القول  
الصريح والاعتراض الصحيح لم يزل ~~كثير~~ من الاطباء يعد السياوز  
والاستسقاء من جملة اعراض التضخمة القلبية

ولنفرض ان كلاما من البطينين واقع في حالة تضخمة فالنتائج عن ذلك يكون دفع  
الدم بقوة في الشرايين عند كل حركة انقباض بطني ومتى كان البطين متقدما  
مع ذلك كما هو الغالب حصل ولا بد امتلاء غير طبيعي في الشرايين وبقدرة  
ما يستقرغ البطين الواقع في التضخمة أثناء الاستئول متحصلا في الشرايين  
استقرارا تاما يحصل بسهولة في أثناء الاستئول انصباب دم الاوردة في القلب  
انصبابا تاما أيضا فيقرب على ذلك فراغ الاوردة وامتلاء الشرايين وكذا  
الاعوية الشعرية لايحصل فيها امتلاء غير طبيعي فان استقر اغها يسهل بقدر  
ازدياد توارد الدم اليها فنتيجة التضخمة القلبية الشاغلة للبطينين حينئذ هي  
كثرة امتلاء الشرايين وفراغ الاوردة ومرعة الدورة على العموم

وان كان البطين الايسر وحده هو المصاب بالتضخمة فبصير استقراغ متحصلا  
مدة الاستئول أسرع مما اذا كانت جذره في حالة شحمتها الطبيعية وبذلك  
تصير الدورة العظمى أكثر امتلاء خصوصاً اذا كانت تضخمة البطين معصوبة  
بقدر ومع كون كمية الدم في الدورة العظمى تزداد فلا يكون هذا الزيادة عظيما  
جدا بحيث ينتج عنه امتلاء الاعوية الشعرية والاوردة بالكلية حتى يحصل  
لسياوز والاستسقاء والذي يمنع حصول ذلك هو قلة امتلاء اوعية الدورة  
الصغرى فان البطين الايمن ولو أنه غير مصاب بالتضخمة يطرد بسهولة عظيمة  
ما احتوى عليه من الدم في الشريان الرئوي وتفرغاته القليلة المقاومة لعدم

امتلائها امتلاء كلياً وكذا امتلاء الاوردة الاجوفية يزول بسبب سهولة  
استقراغ دمها في القلب الايمن وسهولة انصبابه فيه عقب ازدياد قوة الضغط  
عليه وحينئذ يدفع البطين الايمن الوارد اليه الدم بكثرة والمنصب بسهولة  
متحصلة في أوعية قليلة الامتلاء كما كثيراً ما يدفعه البطين الايسر الخارج  
اليه الدم بضغط خفيف المنصب متحصلة في الاورطى الكثرة الامتلاء  
والمقاومة فعلى ذلك يكون نتيجة ضخامة البطين الايسر سبباً الضخامة  
الدائرية هي امتلاء أوعية الدورة العظمى امتلاء غير طبيعي لا يصل الى  
امتلاء الاوردة بسبب سهولة انصباب دمها في القلب الايمن وامتلاء قليل  
في أوعية الدورة الصغرى وسرعة في الدورة على العموم وهذا الامر واضح  
إذا تأملنا ان كلامنا البطين الايسر لضخامته والايمن لدفع متحصلة بسهولة  
في أوعية قليلة الامتلاء يدفع كمية عظيمة من الدم عند كل حركة مستولية  
وان كان البطين الايمن هو المسبب وحده بالضخامة ازدادت بعكس ذلك كمية  
الدم في الدورة الصغرى وتناقصت في الدورة العظمى ويترب على ازدياد دفع  
البطين الايمن للدم في الشريان الرئوي امتلاء هذا الشريان به من زمن قابل  
وعسر في استقراغ دمها وأما البطين الايسر فيسمل دفع دمها في الشريان  
الاجهر القليل الامتلاء ومن جهة أخرى يكون الدم الآتي للقلب الايسر من  
أوعية كثيرة الامتلاء والتوتر بخلاف الايمن فيكون آتياً لمن أوعية قليلة  
الامتلاء وبذلك يحصل التعادل في دفع أحد البطينين في الجذوع الشريانية  
العظيمة كمية مماثلة لما يدفعه البطين الآخر ولو لا هذا التعادل لجمع جميع  
الدم تقريباً عموماً قليل في الدورة الصغرى فيقتد تكون نتيجة ضخامة البطين  
الايمن هي كثرة امتلاء أوعية الدورة الصغرى وتناقص امتلاء العظمى وسرعة  
في الدورة وسهولة استقراغ الدم من الشريان الرئوي والاوردة الاجوفية  
فيتضح لنا كما ذكره المعلم (فراي) الاعراض التي تحدثها ضخامة القلب  
واختلافها باختلاف مجلس الضخامة فإن كانت مصيبة لعموم القلب  
أو بعض اجزائه لكن كلامنا هنا مختص بأشكال الضخامة القلبية غير  
المضاعفة بمراض طرأت دورية بل تكون معادلة لها وستفكلم على أشكال  
الضخامة القلبية التابعة في مجت الآفات العضوية في الصمامات القلبية

التي تتوغل اعراضها تنوعا عظيما  
وأكثر أنواع الضخامة القلبية هو التغيير المضاعفة العمومية الدائرية ومن  
اعتبرهم هذا المرض يظهر انهم متمتعون بحسب الظاهر بصحة جيدة بحيث لا  
يعلم فيهم هذه الضخامة الا بالبحث عن الصدر صدقة بالعلامات الطبيعية عقب  
اصابهم بالسكتة الخفية أو أنه لا يعلم ان سبب السكتة الخفية والموت كان نتيجة  
ضخامة في القلب الابدع فخرج الخشة والمرضى لا يكون عندهم سبب يوجب  
استشارة الطبيب وهو لا يكون له باعث للبحث عن الصدر وهذا هو الواقع في  
أغلب الاحوال والمشاهد حقيقة في الطب العملي وليست مجرد شرح  
بصناعة القلم وبعض مثل هؤلاء المرضى يكون غملا قويا جدا وبض الشرايين  
السيبانية واضحا ويسمع عند التسمع على الجذوع الشريانية العظيمة لخط  
واضح مدة انقباض البطين ويكون الوجة متقدح احمر والاعين المائعة  
والوظائف على حالتها الطبيعية والتنفس غير عسر مادام القلب الذي اعترته  
الضخامة غير متقدح جدا وأما الاحوال التي فيها يكون القلب الشبيه بقلب  
النور في الحجم دافعا للرئتين الى الجانبين والحجاب الحاجز الى أسفل يوجد عند  
المريض احساس بامتلاء في الصدر وانقباض في قعر القلب وضيق في  
التنفس وفي بعض الاحوال تشتكي المرضى بمخفقان القلب خصوصا عند  
الانفعالات النفسية ولكن هذا العرض ليس بالازم وكثيرا ما يستغرب من ان  
ضربات القلب القوية جدا الراجعة لجدر الصدر رجا شبيهة قرع مطرقة  
لا تحدث عند المريض أدنى ألم ولا مشاق ولا ظواهر أخرى محسوسة له

ثم انه في اشياء كثيرة ضخامة القلب العمومية قد تظهر اعراض احتقانات  
تواردية في الاعضاء التي فيها تكون قلة مقاومة جلد أو عينا الشعرية سيما في  
كثرة توارد الدم اليها لا سيما عند حصول اسباب موجهة لا زيادة فعل القلب  
الضخم وذلك كالدماع والشعب فحصل احتقانات تواردية فيخو الدماغ عند  
جرى المرضى أو تعاطى مشروبات منبهة أو التعرض لانفعالات نفسية فظهر  
عندهم ألم في الرأس وشرامام العينين وطنين في الاذنين ودوار ونحو ذلك وأما  
الاحتقانات التواردية فيخو الشعب فتتضح عنها اعراض انتفاخ الغشاء  
الخاطي الشعبي وذلك كعسر التنفس والخرار الشعبية الممتدة ونوب ضيق

النفس وجميع هذه الاعراض تزول متى استقرغ من المريض مقدار من  
الدم أو سهل استقراغ الدم من الاورطى الصدرية الى الاورطى البطنية  
عقب تعاطي مسهل وتناقص الضغط الواقع على الاورطى البطنية فمن  
الاحشاء

ولا يندر ان تحصل في أثناء سير الضخامة القلبية العمومية سكتات دماغية  
وستثبت فيما سياتي ان معظم التقرقات الوعائية الدماغية التي تعترى الشبان  
يكون منشؤها ضخامة القلب العمومية أو ضخامة القسم الايسر في القلب  
وكثرة حصول السكتات الدماغية من ضخامة القلب تتعلق اما بقرقة جدر  
الوعية الدماغية التي لسكثرة رقتها يستر بها التفرق من امتلاء ازيدا عن  
غيرها من الاوعية الشعرية لاعضاء أخرى أو بـ **كثرة مضاعفة الاستحالة**  
العجينية الكلوية للضخامة القلبية في كثير من الاحوال والارتباط السبيبي  
بين ضخامة القلب والاستحالة العجينية الكلوية للشرابين القاتل به كل من  
المعلم (دوكتسكي) و(ورجوف) قد ثبتا كدلائل مشاهدات المعلم (ديترش) التي  
انضم بها كثرة مشاهدة هذه الاستحالة في الشريان الرئوي عند وجود ضخامة  
في قسم القلب الايمن مع أن مشاهدة الاستحالة المذكورة في هذا الشريان  
نادرة

ثم اذا لم يملك المريض لامن أول نسبة سكتية ولا من الثانية امكن ان يصل الى  
سن عظيم وفي احوال أخرى قد يعترى القلب استحالة مرضية أخرى فتتغير  
الصورة المرضية بمعنى انه تظهر احتقانات احتباسية في الاوردة واستسقاآت  
عمومية وهذه الاعراض ستتكلم عليها عند الاستحالات المرضية للجوهر  
العضلي القلبي

واما اعراض ضخامة القلب الايسر البسيطة أو الدائرية التي هي **اكثـ**  
حصولا بعد السابقة بدون مضاعفات فمن الواضح انها تشابه بالكلية اعراض  
الضخامة العمومية فان الدورة فيما تكون أيضا سريرة والشرابين مثلثة  
امتلاء عظيما ولا يحصل فيها احتقانات احتباسية في الاوردة والوعية  
الشعرية بسبب سرعة سير الدم في الاوردة وهمولة انه بابه منها في قسم  
القلب الايمن والامتلاء القليل لوعية الدورة العفوية لا يؤثر تأثيرا مضرا



على التنفس فان ضعف حركة التبادل الغازي الناتجة عن قلة امتلاء أوعية  
الدورة الصغرى يعادل بسرعة سير الدم فيه اوقى هذا الشكل من الضخامة  
يقول تشكي المرضى بالكلية والنقص يكون ممثلاً قوياً ولون الوجه طبيعياً  
والوظائف تتم على حالتها الطبيعية والتنفس هنا يندو كدوره واضطرابه  
فان القلب في هذا الشكل قل أن يزاحم اعضاء التنفس بزيادة حجمه مثل  
ما يحصل في الضخامة القلبية العمومية وكذلك ان القلب وان لم  
يكن عند المرضى المساكين بضخامة القلب الايسر نادراً فليس عرضاً  
دائماً الوجود عندهم وهو لا المرضى كذلك لم يكون به كثرة من السكتة  
الدماعية

وكما ان ضخامة القلب الايمن يكثر اشتراكها في الضخامة الدائرية للقلب  
الايسر وكانت مصاحبة هذه الضخامة للاضطرابات الدورية الرئوية  
والآفات العضوية للصمامات القلبية اليسرى كثيرة جداً يندو مشاهدة  
هذه الضخامة على حالة بساطتها اى بدون مضاعفات قلبية أخرى بل انه يشك  
في وجودها بالكلية فلأوردنا شرح اعراض ضخامة البطين الايمن البسيطة  
اى الغير المضاعفة بالدقة لما أمكن ذلك الا بطريق الخلدس والتضمنين  
وبالجمل فكل من ضيق التنفس واوذيم الرئة الذى يشرح من جملة اعراض  
هذا المرض لا يتعلق بالضخامة البسيطة للقلب الايمن كما ان السيانوز  
والاستسقاء لا يعلقان بضخامة القلب الايسر بل ان ضخامة البطين الايمن  
تنقص ضيق التنفس الذى يحدثه التغيرات المرضية التى تصاحبها هذه  
الضخامة وتطرأ عليها كما ان ضخامة البطين الايسر المضاعفة للافات  
العضوية الصمامية للقلب تمنع من حصول السيانوز والاستسقاء زمناً  
طويلاً

واما ما يخص الضخامة المركزية للقلب فلم يكن عندنا مشاهدات اكيد من  
هذا المرض مقبولة من أطباء يعتمد قولهم بحيث يمكن وصف اعراض هذا  
المرض منها وذلك لندرتهم اجدوا حق ظن كثير من مشاهير الاطباء عدم  
وجودها ومتى تضايقت تجاوب القلب الواقع في حالة ضخامة مركزية  
تضايقا عظيماً ولم تزد انقباضات هذا العضو تزايداً معادلاً لتناقص تجويده

فلا بد وان ينتج عن ذلك ظواهر مرضية مخالفة لظواهر السابق شرحها فانه  
ولومع شدة قوة الطبقة العضلية للقلب الذي اعتبره الضخامة المركزية تتناقص  
جدا كمية الدم المنذمة في الاوعية الشريانية العظيمة واستفراغ الدم  
الويزدي في القلب المتضيق يحصل به عوق ايضا وبذلك يمكن ان يحدث اللون  
السيانوزي والاستسقاء.

### (العلامات الطبيعية)

يشاهد بالنظر في احوال الضخامة الدائرية العظيمة موما عند الشبان  
تحدب واضح في قسم القاب اى بروز فيه وهذا التحدي لا ينبغي اختلاطه  
بالتحدي الراكسي واما عند الكهول المتعظمة عندهم الضارب للصلعية  
فان هذا العرض يقدمهم ولو كان القلب مكتسبا لحجم عظيم جدا وزيادته على  
ذلك يشاهد ايضا ارتفاع جذر الصدر في امتداد عظيم ولو في محال لا يشاهد  
الارتفاع فيها عادة كما هو مذكور في الكلام على البحث بالجلس عن قسم القلب  
وبالجلس يحس عند أغلب الأشخاص السليمين في أثناء حركة الاستتول  
بارتجاج في المحل المقابل لقمة القلب من جذر الصدر وأنه يحس بارتفاع  
وتقوم خفيف في صغر من المسافة بين الاضلاع المسامكة لقمة القلب  
وهذه الظاهرة هي المعروفة بضربات القلب أو نبضاته وتحصل هذه الضربات  
بالكيفية الآتية وهو ان القلب عند انقباض البطين ينطرد الى أسفل  
ويندفع بقوة فتجوز الصدر ثم ان رأى القسي ولو جين وان اختلف  
بالقسي لاندفاع القلب وسقوطه الى أسفل مدة حركة الاستتول حيث قال  
بعضهم ان هذا السقوط انما ينشأ عن استطالة الجذوع الوعائية الغليظة  
وتعدها مدة تقود الموجة الدموية فيها وقال آخرون ان ذلك ينشأ عن اندفاع  
القلب اندفاعا خفيا راداً كما يمتري هذا العضو وقت خروج الدم منه بقوة  
عظيمة مثل ما يحصل ذلك في سلاح ناري وقت انفلاجه الآن رأى جميع  
المؤلفين واحد في كون القلب ينطرد الى أسفل ويسقط في أثناء حركة  
الاستتول ومتى تأملنا كون القلب ليس متعلقا وسائبا في تجويف  
الصدر بل مرتكزا على الجباب الحاجر بسطح منقطع بانحراف انضغ لنا أن  
القلب المذكور لا بد وان يندفع الى الامام بقوة فتجوز الصدر فان لامست

قوة القلب عند ذلك مسافة بين الاضلاع وصادمتها ادفعتهما الى الخارج وتقوم  
 الصفة المصاحبة لقوة القلب (وهذا ما يسمى بنبضات القلب أو ضرباته) وأما  
 ان صادمة قوة القلب ضلعا من الاضلاع أو كانت المسافات بين الاضلاع  
 ضيقة جدا بحيث لا يمكن اندفاع قوة القلب في المسافة التي بين ضلعين فإنه  
 يحس عند الحس عوضا عن قرع قوة القلب أو نبضه بارتجاج خفيف محدود في  
 الاضلاع والمسافات بينها ومن الواضح انه كثير ما يحس عند الاشخاص  
 ذوى المسافات بين الاضلاع الواسعة جدا أو الذين تكون قوة قلوبهم متجهة نحو  
 الخارج بضربات القلب احساسا واضحا وعند ذوى المسافات الضيقة بين  
 الاضلاع أو الذين تكون قلوبهم متجهة نحو الداخل يحس بارتجاج الصدر  
 بكثرة وليس ذلك خاصا بقوة القلب بل في جميع الحالات المألوفة فيها القلب  
 لجدر الصدر وكذلك يحس بارتجاج القسم الشراسبي نحو صاوقت  
 ازدياد مجهودات القلب ولا ينبغي اختلاط هذا الارتجاج بالضربات القلبية  
 الشراسبية فان الارتجاج الشراسبي ينشأ من اندفاع القص اليسارى من  
 السكب الى أسفل عند كل حركة استولية

ثم ان الحالة الطبيعية لضربات القلب التي شرحناها تظهر اختلافات عديدة  
 عند وجود ضخامة في هذا العضو وضربات القلب تكون أضعف وأمتدادا  
 وشدة هذه الضربات وامتدادها لا تتحدد كما تحصل الا في أحوال الضخامة  
 القلبية وأما ارتفاع هذه الدرجة فقط فانما يحصل كذلك عند ازدياد مجهودات  
 هذا العضو وهو على حالته الطبيعية وقدميز العلم (اسكودا) درجتين  
 لضربات القلب الاولى هي التي يرتفع فيها كل من جدر الصدر ورأس الطيب  
 المتسع بدون ارتفاع في جدر الصدر ورأس الطيب الثانية هي التي فيها ترتفع  
 جدر الصدر وارتفاعا واضحا في أثناء انقباض البطن وتمطط في أثناء حركة  
 امتزاجهم فان كان ارتفاع جدر الصدر يرتفع رأس الطيب المتسع  
 أيضا وان كان بطيئا لا يرتفع والدرجة الثانية التي تكون فيها ضربات القلب  
 عمدة ورافعة لجدر الصدر هي الوصفة حقيقة لضخامة قلب دون باقي  
 امراض هذا العضو بشرط أن لا تكون هذه الضربات الراجعة لجدر الصدر  
 وقتية بل مستمرة وحينئذ يرتكز اليها في تشخيص هذا المرض وأما امتداد

هذه الضربات فانها في الاحوال التي فيها يكون القلب سليما تكون قاصرة على مسافة بين الاضلاع أو مسافتين فقط وأما في الأحوال التي فيها يمتري القلب الضخامة يكون امتداد ضرباته عاما لجله مسافات بين الاضلاع وفي أحوال الضخامة الدائرية العمومية للقلب يكون امتداد ضرباته عاما لقطره المستطيل والمستعرض معا وأما في أحوال الضخامة الدائرية في البطين اليسرى فضربات القلب القوية الراجحة بحد الصدر والرافعة لها تكون أكثر انضاما لقوة هذا العضو وتقدم من هنا فوق قطره المستطيل ويقل امتدادها نحو القطر المستعرض وأما في أحوال الضخامة الدائرية البطين اليمين فانضاح ضربات القلب ورجها لجدر الصدر وامتدادها في الجزء الذي بين رئة القلب وطرف القص أو حافته أعنى في القطر المستعرض من هذا العضو ويسهل توجيه جميع هذه الاختلافات بالدفاع حافة الرئة وملامسة القلب لجدر الصدر بحيز عظيم فانه بحسب نمو أحد قسمي القلب تدفع نارية الرئة اليمنى وتارخافتها اليسرى وبالبحث عن ضربات القلب في أحوال الضخامة القلبية الدائرية يتضح لنا كذلك نحول في رئة هذا العضو فانها في الاحوال العجبية تسلك تقعر على الدوام في المسافة بين الاضلاع الخامسة وعند تعدد البطين أو المسافات بين الاضلاع تعدد اعظيها في الرابعة وعند ما يوجد ضيق طبيعي في المسافات بين الاضلاع تقعر في السادسة (وقال يونس ان ضربات القلب عند الاطفال يكثر وجودها في المسافة الضلعية الرابعة لا الخامسة) والصغر الاعتباري الذي يحس فيه بضربات القلب وهي المسافة الضلعية الخامسة أعنى بنصف قيراط أو قيراط أسفل حمة الثدي يوازي الخط القصي أعنى الخط الذي يتوهم امتداده امتدادا هوديا بين جانبة القص اليسرى وحمة الثدي وأحيانا تكون ضربات القلب خارجة عن هذا الخط الوهمي قليل ويندر دخولها عنه فان كان حجم القلب متزايدا كثيرا أي اعترته ضخامة فضربات القلب لا تشاهد فقط حذا مقته فالجدر الصدري تهتز بضربات اجراء أخرى من القلب وحيثما ينبغي للطبيب البحث عن محل قسسه والعادة هنا أن يعتبر محلها الصغر الذي فيه تكون ضرباته الى أسفل والخارج مع كثرة وضوحها وخالوصها وفي أحوال كل شكل ضخامة قلبية دائرية عمومية وبمينية

أو يسارية تنزح قوة القلب جهة اليسار غير أنه في أحوال الضخامة  
العمومية واليسرى تسقط قوة القلب مع ذلك إلى أسفل بحيث يحس به في المسافة  
بين الأضلاع السادسة أو السابعة ومن النادر جداً مشاهدته ذلك في  
أحوال الضخامة الدائرية اليمنى وذلك في الأحوال النادرة التي فيها ضخامة  
البطين الأيمن تجاوز قوة القلب ويسهل على الطبيب بالالتفات والقرن  
التمييز بين الاحساس الناتج من قرع القلب على جدار الصدر الذي يدرجته  
يمكن معرفة الحالة المرضية من الحالة الصحية بشدة امتداد هذا القرع  
أو قلته من التوجات التي تحصل في الأجزاء المحيطة بالقلب بعد قرعه عليها  
فإن هذه التوجات يمكن أن تكون ممتدة امتداداً عظيماً عند زياد  
مجهودات هذا العضو ولو كان على حالته الصحية

وبالقرع يسمع في قوة القلب أصمبة وهذه الأصمبة في الحالة الطبيعية تكون  
مثلثاً محدباً ومن الانسية بالحافة القصية مبدأ من طرف الضلع الرابع  
وساقطاً إلى أسفل باستقامة ومحدوداً من الوحشية بخط يتوهم امتدادهم  
الحافة القصية وطرف الضلع الرابع أيضاً يمتد إلى الصدر الذي تفرع عليه قوة  
القلب ساقطاً بالحواف إلى الوحشية وتتحد هذه الأصمبة المثلثية من الأسفل  
بأصمبة الكبد وعندما يكون الفص اليسارى من الكبد قليل الامتداد فهو  
اليسار تكون أصمبة القلب محدودة من الأسفل بالمسافة بين الأضلاع  
السادسة أو السابعة ثم إن أصمبة القلب الطبيعية هذه تزداد عندما تعثر  
هذا العضو الضخامة وهي أنها تزداد طويلاً عندما تعثر الضخامة القلب  
اليسرى وتزداد عرضاً عندما يكون القلب الأيمن هو الواقع في الضخامة  
وتتزايد من أعلى إلى أسفل ومن اليسار إلى اليمين أعنى أنها تزداد طويلاً وعرضاً  
عندما يكون القلب واقفاً في الضخامة الدائرية العمومية وفي بعض أحوال  
ضخامة البطين اليسارى الذي يكون فيها امتداد أصمبة القلب جهة الأعلى  
أقل من الأسفل يذهب الاعتماد في التشخيص على البحث عن قوة القلب بالطرق  
التي بينها سابقاً بواسطة الجس فإنه أهم من القرع في مثل هذه الأحوال  
وزيادة على هذه الأصمبة أعنى أصمبة صوت القرع الناتجة عن ملاسة  
جسم هذا العضو لجدار الصدر قد بين بعض الأطباء حدود اللفظ القرع

الفارغ المحيط بدائرة القلب الذي يحصل متى كانت طبقة الرئة الحائلة بين  
 القلب وجدار الصدر غير كثيفة ويسمى هذا الصوت الفارغ باللفظ الفارغ  
 المحيط بدائرة القلب غير ان ما ذكر لا ينتج منه ادى منفعة ولا أهمية حيث  
 لم ينتج عن هذا التدقيق الصانع اقل فائدة لاعلمية ولا عملية  
 واما السمع فهو عبارة عن تسمع الغاط القلب وذلك ان انقباضات هذا  
 العضو المنتظمة الدورية تحدث في الحالة الصحية ظواهر أصوات تعرف  
 بأصوات القلب لانها بعض الغاط تقرب من الالفاظ الموسيقية وهذه  
 الالفاظ التي تسمع عند الشخص السليم في قسم القلب وأعلى محل مقنا  
 الجذوع الشريانية العظيمة وتسمى بالغاط القلب الطبيعية تنشأ بالكمية  
 الاثنية وهي أنه يعترض الاغشية المرنة بسبب حركة الدم المنسدف بقوة  
 انقباض القلب فتوجد صوتية منتظمة وهذه الاغشية هي الصمامات  
 الاذينية البطينية والصمامات السنية وجدار الاوعية الغليظة الناشئة  
 من القلب وذلك انه مدة السستول البطيني يحصل تقوُّج في الصمامات  
 الاذينية البطينية المنغلقة وجدار الاوعية الشريانية المتددة بالموجة  
 الدموية وأما في أثناء الدياستول اى استرخاء البطينين فان الصمامات السنية  
 هي التي يعترض تقوُّج وحيث ان كلامنا من الصمامات الاذينية البطينية  
 وجدار الاوعية الشريانية تقوُّج في آن واحد فلا يسمع في مدة السستول  
 البطيني الالغاط واحد ولو ان ينوعه من دوج يسمى باللفظ الاول للقلب  
 وحيث كان تقوُّج الصمامات السنية للشريان الابهر والثوى في آن واحد  
 كذلك فلا يسمع مدة الدياستول الالغاط واحد ايضا ولو كان ينوعه من دوجا  
 ويسمى هـ هذا اللفظ باللفظ الثاني للقلب ثم ان اللفظ الاول للقلب ينشأ من  
 الموجة الدموية المتحركة باذقباط البطين بالاواسطة وتزول رنانيته ببطء وأما  
 الثاني فينشأ من تقهقر الموجة الدموية وقرعها على الصمامات السنية  
 وتزول رنانيته بسرعة ولذا يعقب اللفظ الاول بفترة قصيرة بخلاف الثاني فانه  
 يعقب بفترة طويلة وحيث ان الغاط القلب لا تسمع فقط في محل مقنشا بل  
 في الاجزاء المجاورة أيضا فيسمع اللفظ الثاني هذا البطينين مدة استرخائهما  
 مع انه في هذه الحالة لا توجد أغشية مرنة تعترض تقوُّج رنان ثم ان الغاط

القلب لا تتكدر مطلقاً بواسطة الضخامة البسيطة ولا تستجيب إلى الفاظ مرضية بل إنها فقط تنصيراً كقوة وارتفاعاً لأنه يوقع جذر القلب في الضخامة تنصير الصمامات القلبية وذات الشراقات الثلاثة عرضة لقرع قوى فتصير قوياتها كقوة وكذلك أيضاً يصير وتر كل من الأبر والشریان الرئوي كقوة وتموت جانه كقوة بسبب قوة اندفاع الدم فيها وبالجملة فإن قوة قرع الموجة العموية المتقهقرة في الشريان الأبر والرئوي تكون كقوة بسبب شدة امتلاء هذين الوعائين وعندما تكون الضخامة القلبية عظيمة جداً قد تصطب ضربات القلب بغط معدني ناشئ عن قرع القلب على جذر الصدر وهذا اللفظ يكون ملازماً لضربات القلب ويسمى باللفظ المعدني للقلب

### \* (التشخيص) \*

اعلم أن التغيرات الدورية والاعراض المحسوسة للمريض الخاصة بالضخامة القلبية كما أنها قد لا تدرك فكذلك العلامات الطبيعية قد لا تدلنا على تشخيص هذا المرض دلالة كبدية فإن الرئة اليسرى مثلاً إذا اعتبرت حالتها الانقبضية وابتداءً من جوفها بين القلب الواقع في الضخامة وجذر الصدر تجد أن ضربات القلب لا تكون متزايدة ولا بمنزلة امتداد غير طبيعي حتى لو اكتسب القلب درجة ضخامة عظيمة جداً بحيث لا يكاد يحس بها وهذه الحقيقة لا تكون أصحمة القلب متزايدة بل متناقصة والفاظ القلب لا تصل للأذن المتسعة الأوصول ضعيفاً جداً عند وجود الانقبضية الرئوية

ثم إن الضخامة الدائرية للبطين الأيسر التي شرحنا أعراضها المحسوسة للمريض متى ضمننا إليها الأعراض المدرجة لطبيب تيسر تشخيصها بالكيفية الآتية وهي وضوح النبضات السباتية وارتفاع اللفظ السنولي في الخدوع الشريانية العظيمة وارتفاعه وامتلاء النبض ولوفى الشرايين الصغيرة المدركة وقوة ضربات القلب وامتدادها نحو المحور الطولي من هذا العضو وسقوط قوة القلب وامتداد أصحمة تسمى القلب في اتجاهه الطولي وقوة اللفظ القلبية في البطين الأيسر والشريان الأبر واللفظ المعدني

احيانا ومن جميع هذه العلامات يستدل على حالة ضخامة البطين الايسر  
 لا الاذين الايسر لوضعه وضعه اعراضا يعكس الاذين الايمن  
 واما الضخامة الدائرية في القلب الايمن فانها تنضج بالعلامات الاتية  
 المدركة للطبيب وهي شدة ضربات القلب التي تمتد نحو القص والى القص  
 اليسرى من الكبد غالباً وبحول قسرة القلب نحو الوحشية التي يقل تحوّلها  
 نحو الاسفل وامتداد أصحية القلب في اتجاهه العرضي خصوصاً نحو الايمن  
 وقوة الغاطس في البطن الايمن والشریان الرئوي ويكثر ايضاح اختلاف  
 قوة الالغاط القلبية في الشرايين خصوصاً في اللفظ الثاني للقلب بحيث  
 يكون اشتداده في الشريان الرئوي هو العرض المهم الواصف لضخامة القلب  
 الايمن

واما مجموع الاعراض المدركة لكل من ضخامة البطين الايسر والايمن فانه  
 تتقوم العلامات الطبيعية للضخامة العمومية وذلك ان كلا من الشرايين  
 والنسب ينضج منه الظواهر التي ذكرناها في الضخامة الطبيعية اليسرى  
 وضربات القلب تكون راجعة في الجهة اليسرى وتكون عظيمة قوية تمتد نحو  
 الاتجاه الطولي والعرض لهذا العضو وقوة القلب تكون غائرة ومجهدة الى  
 الوحشية وأصحيته تمتد الى كل الجهات وتزداد شدة الغاطس في القوة  
 وحيث كان من المهم في تشخيص كل شكل من اشكال الضخامة القلبية  
 على حدة معرفة الغاطس القلب التي تسمع في الشرايين والعلامات الاذينية  
 الطبيعية ومقارنتها ببعضها فمن الواجب معرفة امقار جدر الصدر المقابلة  
 لهذه العلامات والتي يكثر فيها انضاح كل لفظ على حدة فالتقاعدة  
 العمومية البحث عن الالغاط القلبية الناشئة في الاورطى خلف الحافة  
 اليمنى من القص في ارتفاع المسافة الضلعية الثانية

(تنبيه اللفظ القلبي المتولد في الابهروان كان يسمع واضحا خلف الحافة  
 اليسرى من القص زيادة عن وضوحه خلف حافته اليمنى الا أنه في هذا المصفر  
 الاخير يكون الشريان الرئوي موضوعا امام الابهر مباشرة ولذا لا يمكن قطع  
 الحكم بان كان هذا اللفظ آتيا من الشريان الرئوي ومن الابهر نفسه)  
 والتي تنشأ في الشريان الرئوي يهت عنها خلف الحافة اليسرى من القص في



ارتفاع المسافة الضلعية الثانية أو الثالثة ولغظ الصمام ذى الشراقات الثلاثة  
يبحث عنه نحو الطرف السفلى من القصر في ارتفاع المسافة بين الاضلاع  
الخامسة وأما لغظ القلب الذى ينشأ فى الصمام القلتسوى فيقل وضوحه فى  
الصفر المقابل لهذا الصمام من جذر الصدر أعنى فى المسافة بين الاضلاع الثالثة  
بعيداً عن حافة القصر اليسرى بشيراط ونصف وانما يسمل استماعه فى محل قرع  
القلب والسبب فى ذلك ان الصمام القلتسوى يكون بعيداً عن الجذر المقدمة  
من الصدر بالقلب الايمن ومنعزلاً عن الجهة الخلفية لجذر هذا التجويف  
بجوه الرقوة وهذه الاوساط يعسر توصيلها للغظ الحاصل فى الصمام القلتسوى  
ويميزه عن الغاط القلب الايمن من جهة ومن جهة أخرى يعسر وصوله بها  
لاذن المتسمعة ويتضح استماع لغظ الصمام القلتسوى جهة قمة القلب  
المشكوة من البطين الايسر بانفرادها والملاصقة لجذر الصدر مباشرة بحيث  
تكون الالغاط القلبية الناشئة فى هذا الصمام متميزة عن غيرها من الغاط  
القلب فى هذا الجزو يسمل توصيلها لاذن المتسمعة ثم انه عند ارتفاع  
الحجاب الحاجز أو انخفاضه ارتفاعاً وانخفاضاً عظيمين وعند تحول الحجاب  
المنصف أيضاً قد تسمع الغاط القلب فى اصفار غير التى ذكرناها من جذر  
الصدر أو بدون سبب مدرك أحياناً ولاجل عدم الوقوع فى خطأ التشخيص  
لا ينبغي الارتكان بالكلية الى الصفر الذى يكثرفيه اتضاح استماع أحده  
هذه الالغاط بل الذى يرتكن اليه هو الوقوف على حقيقة علامات ضخامة  
أحدى تجاويف القلب المصاحبة للغظ الموجود وستتكم على ذلك مفصلاً  
عند الكلام على الاوقات العضوية للصمامات القلبية وأما التشخيص  
التمييزى بين ضخامة القلب وتعدد الانسكابات التامورية وغير ذلك  
فستتكم عليها عقب معرفة اعراض هذه الامراض خوفاً من التكرار

\*(الحكم على العاقبة)\*

الضخامة القلبية حيدة العاقبة بالنسبة لغيرها من امراض القلب اذا  
كانت بسيطة بل وفى كثير من الاحوال التى تكون مضاعفة لغيرها من  
امراض القلب ينتج عنها تليف فى خطر المرض الاصلى المعادلة له  
والمرضى المصابون بالضخامة القلبية البسيطة يمكن أن تصل الى سن عظيم جداً

والغالب في هـ لا كما يكون نتيجة الانسكابات الدماغية أو الرئوية وهـ ذه  
العوارض يمكن تجنب حصولها باتباع طريقة علاجية عقلية وتدبير صحي  
يناسب المريض وأما إذا اعتري القلب المصاب بالضخامة استحالته مرضية  
أخرى فإن العاقبة حينئذ غير جيدة فإنه باستحالة الضخامة الصادقة إلى  
ضخامة كاذبة تتغير صورة المرض ويقع المريض في أخطار متنوعة

### • (المعالجة) •

لم يكن ثم طريقة علاجية به يمكن شفاء ضخامة القلب وإن لم يشكر أن القلب  
المصاب بالضخامة قد يعتريه الضمور كما يعتري السليم ومع ذلك فباتباع طرق  
علاجية جيدة يمكن منع تقدم سير هذا المرض وتقيص الخطر الناتج عنه  
وتألمه وذلك بالخصوص في الأحوال التي لاتضاعف الضخامة غير هـامن  
أمراض القلب والرئة بل يكون هذا المرض قائماً بنفسه كما يشاهد ذلك  
أحياناً في نحو الأشخاص ذوي الشهامة فإنه في أمثال هؤلاء قد لا يعرف  
هذا المرض إلا بعد ازدياد حجم القلب ازدياداً عظيماً ومن أجله للرئتين  
أوظهوا وعراض احتقانية تواردية دماغية كالذوار والشرو أمام العين  
ونحو ذلك بل كثير لا يعرف إلا بعد حصول نوبة سكبية به لا يتيقظ الطبيب  
للبحث عن هذا المرض وحينئذ فعليه التدقيق في أواخره الطبية مع التشديد  
في ذلك تخيير المرضى على اتباع أواخره من طرفهم من ثقل ما حصل لهم من  
الأعراض وتستفيج الأواخر الطبية مما ذكرناه في كيفية حصول هذا المرض  
وأسبابه فيجب على المرضى اتباع تدبير غـ ذ في لطيف وعـ دم الإفراط في  
المأكـل والمشارب منعاً لحصول الامتلاء الدموي فهو وإن كان حصوله  
وقبلاً لأنه يعقب على الدوام الإفراط من المأكـل والمشارب فإنه كثيراً  
ما تحصل النوبة السكبكية المهددة في أثناء الامتلاء الدموي الذي يعقب  
ما ذكر وفي مثل هذه الأحوال ينبغي للطبيب أن يشدد في أواخره الطبية  
ويحرص عليها ويعين للمريض مقدار الأطعمة ونوعها حتى يمثل أواخره  
الطبية بالدقة والمحافظة عليها وهـا عادة قيحة يتبعها ذو الشهامة في  
المأكـل والمفرطون في المشارب الروحية ينبغي التنبيه عليها وهي أن هؤلاء  
قد قدون أن الإفراط من مشرب الماء يزيل التأثير الضار في الأسباب

المعرضين لها ويطلقه بالكلية ومن المعلوم ان الافراط من شرب الماء بعد  
تعاملي الماء كولات الكثيرة يزيد في الامتلاء الدموي الوعائي ويجب على  
المرضى المصابين بضمامة القلب البسيطة تجنب جميع الاسباب المضرة التي  
تزيد في فعل القلب وامتلاء أوغية الدورة كتعاطي المشروبات المنبهة (ومن  
ذلك شرب الماء الفاتر وذلك لا يستغرب هلاك كثير من الأشخاص المستعملة  
المياه المعدنية الطبيعية الساخنة كحمام كرلوس بالسكة الخفية في كل سنة)  
(تنبه عن ذلك يشاهد بكثرة في بلادنا من استعمال الحمامات الساخنة جدا  
سما وان درجة حرارتها غير منتظمة وكثيرا ما تجاوز الحد بحيث ان المصابين  
بضمامة القلب كثيرا ما تعثر بهم السكة فيها)

وكذلك يجب عليهم تجنب الانفعالات النفسية والافراط في المشاق الجسدية  
وقهوها وزيادة على ذلك يجتهد في تسهيل حركة الدورة البطنية اى في الاورطى  
البطنية اذ بذلك يقل الضغط الواقع على الاوعية الدماغية والشعبية المملدة  
بالنزق فيوصى زيادة عن تجنب تعاطي المطعومات المولدة للغازات باحداث  
اطلاق منتظم في البطن وبذلك يقل الضغط الواقع من الاحشاء المتضخمة في  
تجريف البطن على الشريان الابهرى وتقرعته وتلطف

والايصا باستعمال الاسفراغات الدموية استعما لامنتظاما متكررا بقصد  
شفاء الضخامة القلبية وان قال به (الزوا) و (البريتي) واتبعها اطباء  
القرن سادس الى وقتنا هذا الا انه ترك التسك به شيئا قسبا في بلادنا (اى  
المانيا) فان الاسفراغات الدموية لا تنقص كقوة الدم وكميته الا زمانيسيرا  
وبعقبها تنقبه في القلب ويظهر انه اساعد على حصول استئصال مرضية فيه  
ومع ذلك فليس غرضنا بالقول انه في احوال تهديد السكة الدموية بالحصول  
في اناس امير الضخامة القلبية لا يكون اجراء القصد واجبا طبقا لما تستدعيه  
المعالجة العرضية ومن المستعمل عندنا الخزام في نفرة القمامى ظهرت  
اعراض الضخامة القلبية أو غيرهما من امراض القلب الثقيلة وهذه  
الطريقة العلاجية وان كانت عن مؤلفين مشهورين الا انه ينبغي اعتبارها  
قليلة الجدوى مع الخطر وكذا المركبات المودية والزئبقية فيجب رفقها  
وباستعمال الطريقة العلاجية بمصل البين كثيرا ما تحسن حالة المرضى

وتحصل لهم راحة عظيمة وكذا بالمعالجة العينية اى بتعاطى العنب مع تقليل  
جميع المطعومات الغذائية فان لها فائدة عظيمة وكل من العلاج يحصل اللبن  
والعنب له تأثير دوائى ونتيجة شفاية مضافة مضادة على حسب ابرام هذه الطرق  
العلاجية مع تنقيص كمية المطعومات الاخرى أو ازديادها أو كون العنب  
حصصا أو سكر يافى الحالة الاولى يكون تأثير هذه الطرق العلاجية محلا وفى  
الثانية مقويا لتغذية الجسم ومكثرا لكمية الدم ولذلك ان استمرت المرضى  
المصابة بالضخامة القلبية على تعاطى مطعوماتها الاعتيادية وتعاطت مع  
ذلك ثلاثة أرطال من العنب أو أربعة كل يوم نشأ عن ذلك عوارض خطيرة  
سبب الاحتقانات والسكتات الدماغية وقد شاهدت مرىضا فى وبقية كان  
قد حصل له تحسن جيد فى صمته بعد مكثه فى مارين باد مدة أربعة أسابيع ثم  
استعمل معالجة تابعة بتعاطى أربعة أرطال من العنب كل يوم بدون تقليل  
كمية مطعوماته الاعتيادية فحصلت له نوبة سكتية بعد عملية أيام  
وأما استعمال الديجيتال فى أحوال الضخامة القلبية البسيطة فلا حاجة له فانه  
قد انضج كما أثبتته المعلم (رايش) ان نتيجة التجارب الفسيولوجية المقعولة  
فى الحيوانات سيما الكلاب والتجارب المتحصلة من معالجة المرضى مضادة  
لبعضها بالكلية فان الديجيتال التى باستعمالها فى أحوال عديدة من  
أمراض القلب كثيرا ما يزول كل من السيانوز والاستسقاء والاحتقانات  
الدموية لا سكب ويعود الإفراز البولى لا تنقص الضغط الباطنى الجسمى فى  
الشرايين فضلا عن كونها تزيد فى معدل حبة فى أحوال أمراض  
القلب التى فيها يكون فعلا متناقضا دون الاحوال التى فيها يكون فعلا  
متزايدا وقد يحصل لبعض المرضى من استعمال الوضعيات الباردة على قسم  
القلب بوضع شاة أو علبية من الصفيح مملئة بالجليد منفعة عظيمة

• (المبحث الثانى) •

(فى تمدد القلب)

من المعلوم انه فى أحوال الضخامة الدائرية للقلب تكون تجمعا وبقية متعددة  
لكن حيث ان جدره مع ذلك تكون نجيحة بسبب ازدياد اليافاتها العضلية فلا  
يكون فعل هذا العضو متناقضا بل متزايدا وحيث قد فالضخامة الدائرية

المذكورة المتبعة اعتبارا كلفيكيا لا تعد من تعددات القلب كما جرى على ذلك غالب المشرحين المرضيين فانهم يعبرون عنها بالتعدد القوي والذي يعين تعدد القلب عند الاطباء والعوام أحواله المرضية التي لا يكون فيه تعدد جدر هذا العضو معصوبا بزيادة في طبقة العضلية وفيها لا يكون فيه له مترابلا بل متناقضا والمشرحون المذكورون يعبرون عن هذه الحالة بالتعدد الضعفي للقلب

وتعدد القلب ثلاثة اشكال غير أن الأول منها ليس له حد فاصل واضح بينه وبين الثاني أولها أن تكون تجاويف هذا العضو متعددة لكن مع جدره باق على حاله الطبيعية فرقها حينئذ ليست الانسيمة ثانيا أن تكون تجاويف القلب متعددة وجدره مسترقة رقة واضحة ثالثها أن تكون تجاويف القلب متعددة وجدره سميك لكن ~~هنا~~ ليس ناتجا عن تزايد في أليافها العضلية الطبيعية بل عن استحالة مرضية وهي الضخامة الكاذبة

(كيفية الظهور والاسباب) \*

تعددات القلب تنشأ أولا إذا اعتدى السطح الباطن لجدر القلب مادة الدباس - طول ضغط غير طبيعي لا تقاومه تلك الجدر إلى درجة مقاومة وما اشتهر من أن تضاييق فوهات القلب والعوائق الدورية الأخرى التي تعوق استقراغ الدم يؤدي لتعدد في تجاويف القلب ويمكن أن يوقعنا في الخطأ والظن بأن الضغط العظيم الواقع على باطن القلب مدة المستطول ربما نشأ عنه تعدد تجاويف هذا العضو مع هذا فن الواضح البين أنه في أثناء ما يدفع القلب المنقبض الدم من تجاويفه يتقهر الضغط الواقع على سطحه الباطن وهو لا يتقهر وفي كل وقت نشاهد أن العضلة العضدية ذات الرأسين في شخص حداد مثلا لا تستطيل ولا تتمدد عقب تكرار انقباضها ورنع مطارق ثقيلة بل يعترضها عكس ذلك قصر مسفر فتعد تجويف القلب الحاصل خلف فوهات متضايقة بوجه الكيفية الآتية وهي أن نتيجة العائق الدوري العظيم هي عدم استقراغ التجويف القلبي ~~الذي~~ خلفه استقراغا تاما في أثناء الدياستول التالي للمستطول هذا التجويف لا يجده الدم الهارغ إليه فارغا حسب العادة بل يحتوي على بعض دم فعد ابتداء الدياستول يصير هذا

التجويف بمثل ما بالدم كما هي حالته في انتهاء هذه الحركة المذكورة وحينئذ  
يسهل الدم ويستمر سيلانه في هذا التجويف فإدام الضغط الباطني الواقع  
على جدر الاوعية الاتمية بالدم اليه أعظم من مقاومة جدر هذا التجويف  
فنقرض مثلاً انه يوجد عائق مضيائي في منشا الشريان الرئوي أو في تفرعاته  
الشعرية وهو الغالب فلا يمكن هذا العائق مطلقاً منع حصول انقباضات  
البطين مدة الاستتول وان أمكنه منع استقراغ منحصل هذا التجويف  
استقراغاً تاماً وما دام الضغط الواقع على الدم الكائن في الاوردة الاجوفية  
أعظم من قوة مقاومة جدر البطين الايمن الرقيقة لا بد وأن تسيل كمية عظيمة  
من الدم في هذا التجويف مدة البياستول فتقدمه وينضم لذلك انه في انتهاء  
حركة البياستول يطرد الاذين الايمن منحصله في البطين الايمن بقوله العضلي  
القوي وحيث ان الدم يسيل عادة من أوعية ورديّة في تجويف القلب  
بضغط خفيف فمن الواضح انه عند وجود تضيق في القوّهات الشريانية يسهل  
حصول غدد في تجويف الاذينات التي لا يجاوزها جدرها بعض خطوط  
ثم في البطين الايمن ويسر حصوله في البطين الايسر الذي يجاوزها جدره  
خسة خطوط وفي الواقع أكثر ما نجد غدد القلب في الاذينات ثم في البطين  
الايمن ويندر مشاهدة غدد البطين الايسر

ويشاهد عكس ذلك التمدد العظيم للبطين الايسر في أحوال عدم كفاية غلق  
الصمامات الابهريّة وتعد قليل فيها في أحوال عدم كفاية غلق الصمامات  
القلنسوية وهذا الامر المذكور في كل مؤلف من علم التشريح المرضي ثبت  
حقيقة التوجيه الذي ذكرناه فالتألف فرضنا ان صمام الاورطي قد اعتراه عدم  
كفاية غلق وانّه في أثناء البياستول البطيني يتقهقر الدم من الابهريّة في البطينين  
اليساريّين لتبين لنا ان الضغط الواقع على سطحه الباطن مدة استرخائه يكون  
عظيماً جداً أو كافياً في قهر مقاومة جدره فيمددها وقد يصح المعلوم (بمجرى)  
في خمسين قلباً مصاباً بآفات عضوية في صمامات الاورطي مصحوبة بتعدد  
وضخامة والبماطين الايسر فانضح له من هذا البحث الحقيقي الاستنتاجات  
الاتمية المطابقة بالكلية لما ذكرناه فيما تقدم وهو انه لم يجدي في أحوال  
التضيق البسيط لمبدأ الابهريّة غدد في البطين اليساري بالكلية أو غاية

ما هذا التمدد او انقباضا وان العائق الدوري في مثل هذه الاحوال عظيم جدا  
 لكن الضغط العظيم الواقع على باطن البطن الايسر الذي يحدث التمدد  
 بانقراذه ينفذ في مدة حركة الدياستول وعكس ذلك قد وجد هذا الطبيب  
 في احوال عدم كفاية غلق الصمامات الاورطية تمدد اعظما في البطن الايسر  
 ويغلب على ضخامته بحيث يسع قبضة اليد فانه في مثل هذه الاحوال يكون  
 جدار البطن واقعا عليه ضغط عظيم جدا او وجد هذا الطبيب ايضا في احوال  
 عدم كفاية غلق الصمامات الاجرية مع تضيق فيها ان تمدد البطن الايسر  
 يكون بالغ الاقصى الدرجات فانه في مثل هذه الاحوال تكون الامور التي  
 يترتب عليها حصول التمدد مجمعة وقوية للغاية وذلك لانه في أثناء حركة  
 المستول لا يستقرغ البطن الايسر ما احتوى عليه من الدم الا استقر اغا  
 غير تام بسبب التضيق وفي أثناء حركة الدياستول يتقهقر الدم في هذا التجويف  
 بقوة الضغط الواقع عليه في تجويف الاجر بسبب عدم كفاية الغلق فالقوة  
 المتحصلة من البطن وقت انقباضها ترتد اليها ثانيا بواسطة الموجة الدموية  
 المتقهقرة فيها والمندفعة اليها وقت استرخائها فكلما كانت قوة البطن  
 واتساع الفوهة عظيمين كانت قوة اندفاع الموجة الدموية الى الخلف  
 ورجوعها في هذا التجويف عظيمة ايضا

وكذا يسهل توجيه حصول التمدد الخفيف في البطن الايسر في احوال عدم  
 كفاية غلق الصمام القلبي فانه في مثل غلق غلقا تاما يتقهقر الدم في أثناء  
 حركة المستول من البطن الايسر بحيث يجلى الاذين الايسر والاوردة  
 الرئوية وتصبح جدران متوترة وتتراعظما فينتج عن ذلك هروغ الدم بقوة مدة  
 الدياستول نحو البطن الايسر من حركة الضغط القوية الواقعة عليه ومن  
 الجائزان كلا من ضخامة الاذين الايسر وشدة انقباضه يساعد على تمدد  
 البطن الايسر بحركة ضغط الدم الوارد اليه بقوة مدة استرخائه وأما  
 في احوال تضيق الفوهة الاذينية البطنية اليسرى فانه وان كان كل من  
 الاذين الايسر والاوردة الرئوية يمثلان امتلاء عظيم او جدران متوترة والاذين  
 الايسر زيادة عن ذلك واقع في حالة ضخامة الا ان شدة القوة الدافعة في البطن  
 الايسر تتعادل بوجود عائق مانع لسيلان الدم في هذا التجويف بسبب

التضيق الحاصل في الصمام الاذيني الطبيعي اليساري في الواضع حيث  
حصول التمدد في البطين الايسر في احوال عدم كفاية غلق الصمام  
القلبي وعدم تقدم في احوال تضيق هذا الصمام

ثم ان تمددات القلب الناشئة عن ازدياد الضغط الواقع على السطح الباطني  
من تجاوي هذا العضو تؤدي الى حصول ضخامة دائرية في جدره هذه  
التجاوي وذلك لانه بازدياد فعل جدر التجوي الباطني وزيادة مجهوداته  
يتزايد الجوهر العضلي فيقع في الضخامة وسنذكر عند الكلام على الآفات  
العضوية للصمامات القلبية انه باستحالة تمدد القلب الى الضخامة الدائرية  
لهذا العضو كثيرا ما يتعادل بالكلية تأثير الآفة العضوية بالصمامية المحدثة  
لعوق سير الدورة الدموية

ثانيا يحصل تمدد القلب من تناقص قوة مقاومة جدره الطبيعية عقب حصول  
استحالة مرضية فيها فلا تقاوم الضغط الطبيعي الواقع على السطح الباطني  
لتجاوي هذا العضو مدة الا يستول قوته بمجرد الارتشاح المصلي الذي يحصل  
في جدر القلب عند اصابتها بالالتهابات المختلفة خصوصا بالتهاب الغشاء  
الباطن للقلب فتناقص مقاومة جدره فلا تقاوم الضغط الطبيعي لادم فينشأ  
عن ذلك التمدد ويظهر ان الطبقة العضلية للقلب في الامراض الثلاثة المتحركة  
يحصل فيها مخافة وضور كفاي عضلات الجسم وبذلك لا تقاوم قوة ضغط  
الدم فتتدد وأكثرا تناقص قوة مقاومة جدر القلب في احوال الاستحالات  
المرضية سيما الاستحالة الشعبية للطبقة العضلية القلبية وبزوال الارتشاح  
المصلي يمكن أن تكسب الطبقة العضلية للقلب قوة مقاومة الطبيعية  
فيزول التمدد الحاصل في تجاوي فيه وفي احوال أخرى يعتري القلب التمدد  
ضخامة وكذا التمددات القلبية التي تحصل في هذا العضو في أثناء سير  
الامراض الثقيلة كالتي فوس والكوروز المستعصى وغير ذلك تزول متى  
اكتسبت الالياف العضلية للقلب كغيرها من العضلات قوتها الطبيعية بعد  
حصول النقاهة التامة وأما التمددات القلبية الناشئة عن استحالات مرضية  
فانها لا تزول مطلقا بل تتقدم مع الزمن وتصل الى درجة عظيمة  
ثالثا نشأ التمددات القلبية عن استحالة الضخامة القلبية الى تمدد في القلب



بسبب ما يستتبعه من الاستحالات المرضية وهذه الاستحالة كثيرة الحصول  
 كاستحالة التمدد القلبي الى الضخامة الدائرية في هذا العضو بل كثيرا  
 ما يشاهد في مريض واحد أثناء أدوار مرضية مختلفة استحالة احدى هاتين  
 الخالتين المرضيتين الى الاخرى وعند وجود آفات عضوية في الصمامات  
 كثيرا ما تؤدي ابتداء الى تمدد القلب وهذا التمدد يستحيل الى ضخامة  
 دائرية في هذا العضو معادلة للاتفة العضوية الصمامية ويمكن أن يحل محل  
 هذه الضخامة التمدد عقب مكابدة جدره لاستحالة مرضية وبذلك يزول  
 التعادل وهذه الاستحالة الخطرة تحصل بكثرة في أحوال الانقباض الرئوية يمكن أن  
 للصمامات المستطيلة المدة وكذلك في أحوال الانقباض الرئوية يمكن أن  
 يعضى على المريض عدة سنين بدون أن تستحيل الضخامة الدائرية للقلب  
 الايمن المعادلة للعوائق الدورية الحاصلة من الرئة الى تمدد في هذا العضو  
 وبذلك يزيد الخطر على المريض ومع هذا فن الظاهر أن استقرار مجهودات  
 القلب الشاقة يكفي بانقراذه في استحالة الضخامة الدائرية الحقيقية للقلب  
 الى ضخامة كاذبة ولو أن ذلك لا يشاهد في غير هذا العضو من العضلات  
 الواقعة في الضخامة المجهودة على فعل مجهودات شاقة عظيمة وربما أسرع  
 في حصول الاستحالة المرضية في جدر القلب الضخمة وقوع المرضى  
 في أمراض منهكة فانه يكثر مشاهدة حالة مرضية في الشيوخ المنهكين  
 ينتج فيها عن الالتهاب الشرياني المشوه ضخامة دائرية في القلب الايسر  
 وبمكثمة امد طويلة تثقل الى حالة تمدد في القلب عقب ما يعتري جدره استحالة  
 مرضية ومنه ل ذلك يخشاه العوام بالكلية في الشيوخ حيث يعتقدون أن  
 تمدد القلب أكثر الامراض خطرا عندهم

### • (الصقات التشريحية) •

يبقى الاحتراس من اعتبار القلب الواقع في الفساد والتعفن ذي الجدر  
 المسترخية الممتلئ بالدم انه اعتراء تمدد مرضي والذي يرتكن اليه في التقيز  
 في مثل هذه الاحوال هو تقدم الفساد الرمي والتعفن وسهولة تمزق جوهر  
 القلب وارتشاح مادة ماوثة دموية وعند ما يمد التمدد القلب بتمامه يتغير شكله  
 بالكيفية التي يتغير بها في الضخامة القلبية ولكون التمدد جزئيا غالبا

وقاصرا على القلب الايمن أكثر من اليسر فالقلب المتقدم يكون عريض  
الشكل لاستطيل وجدر القلب وان ظهرت مسترقة الا انه لا يتعن التاكيد  
بواسطة القياس بالدقة خوفا من الوقوع في الخطا فان القول بأن جدر القلب  
مسترقة قليلا أو فحينة كذلك لا يجدي نفعا وجدر البطين اليسر ان كانت  
مسترقة فانتميط على نفسها عند شقها وهذا غير الواقع اذا كان القلب  
طبيعيا واذا كانت الاذنيات متقدمة تعدد اعطيم مع ثلاثي الالياف العضلية  
وتباعدتها عن بعضها بحيث تظهر جدرها في بعض المحال كأنها غشائية وكذا  
عندما يكون تعدد البطين عظيما جدا مع ثلاثي الطبقة العضلية توجد بعض  
الاعمة اللحمية خالصة بالكلية عن الالياف العضلية ومستحيلة الى أحسن  
لبقية وان كانت جدر القلب الواقع في التمدد فحينة أمكن في بعض الاحوال  
معروفة ذلك بلون جوهر القلب وتماسكه وانه لم يكن معترى القلب ضخامة  
حقيقية بل كاذبة وفي أحوال أخرى يظهر جوهر القلب عند مجرد البحث انه  
على حالته الطبيعية لكن في مثل هذه الاحوال يعد كل من الاستسقاء العام  
وغيره من ظواهر الاحتمالات الاحتمالية التي لا يمكن نسبتها الى آفات  
عضوية في الصمامات القلبية أو غيرها من العوائق الميكانيكية الدورية  
وبالبحث المكروسكوبي يرى حقيقة ان القلب اعترته استسقاء مرضية وبالجملة  
فقد توجد أحوال لا يشاهد فيها بواسطة البحث المذكور استسقاء مرضية  
متدة في جدر القلب الضخمة كما يظن وجود ذلك من شدة درجة الاحتقان  
الاحتمالي وحيث يرتكن الى هذه الدرجة أخيرا في معرفة درجة تناقص  
فعل القلب وانقباضاته العضلية اذ لم توجد عوائق ميكانيكية دورية يسوغ  
ارتكاتها الى مشاهدات عديدة مقعولة بغاية الدقة فتقول انه لا يمكن اثبات  
وجود جميع الاستحالات المرضية للالياف العضلية التي بها تناقص قوة  
مجهودات القلب بواسطة المكروسكوب ومن النظريات المعقولة قول المعلم  
(بوتكن) في هذا الخصوص ان أعصاب القلب لا تنكفي في احدى التأثير  
العصبي الطبيعي عند غزو الطبقة العضلية من هذا العضو غزوا عظيما ولا ينكر  
أن العضلات المجبورة على مجهودات شاقة مدة طويلة من الحياتر أن تنفذ  
فعلها بدون أن يحصل فيها تغيرات مدركة ولو مع وجود التناسب بين المجموع

## العضلي والاعصاب

ثم ان القووات القلبية تتدد أيضا مع تمدد القلب وتوسع الان العمامات  
القلبية تحفظ خاصية الغلق التام لما يحصل فيها من الرقة كذلك والاستطالة  
والسعة مع استطالة أجنحة القلب اللحمية  
\*(الاعراض والسير)\*

تعدد القلب بوجوب عسرافى فعله فانه حينئذ يكون مجبوراً على دفع كمية  
عظيمة من الدم زيادة على الحالة الطبيعية بدون أن تكون قوة دفعه متزايدة  
فتأثير التمدد القلبي حينئذ يخالف بالكلية لتأثير ضخامته بالنسبة لتوزيع  
الدم وسرعة جريانه ومع ذلك فكما أن القلب السليم يزداد مجهوداته  
واقباضاته يمكنه قهر عوائق دورية متزايدة فكذلك القلب المتخذ يمكنه انتمام  
وظائفه بفعل انقباضات قوية مادام جوهره العضلي سليماً وينعكس ذلك متى  
اصطبغ بتمدد القلب باستحالة مرضية في جوهره فان هذا العضو حينئذ  
لا يكون له قدرة على فعل مجهودات قوية واقباضات شديدة في مثل هذه  
الاحوال يصير فله غير نام ويتضح ذلك بوجود اضطرابات في حركة توزيع الدم  
والدورة وحيث ان كمية الدم المندفعة في القلب تتناقص فلا يصل الى  
الشرايين منها الا قليل ولذا تكون جدرها قليلة التوتر وحجمها متناقصا  
وينتج عن تناقص امتلاء الشرايين كثرة امتلاء المجموع الوريدي فامتلاء  
كل وريد على حدة لا يصل الى درجة عظيمة مناسبة لدرجة فراغ الشرايين  
وزيادة على ذلك يبقى جزء من الدم الذي تقبله الشرايين بقليل ما كنا في تجويف  
القلب الذي لا يخلو منه خلوا كاملاً وعلى حسب ذلك تضخم اعراض فراغ  
المجموع الشرياني بسرعة ولو خفت درجة المرض وكانت أسرع من ظواهر  
امتلاء المجموع الوريدي واحتباس الدم فيه وكذا امتلاء الاوعية الشعرية  
يزيد عن الحالة الطبيعية فان استقرأغ الدم منها في الاوردة الممتلئة يصير  
معوقاً ومع هذا فتوتر جدر الشرايين ولو كانت قليلة الامتلاء يكون أعظم  
من توتر جدر الاوعية الشعرية بحيث ان جريان الدم من الشرايين القليلة  
الامتلاء لم يزل مستمر في الاوعية الشعرية وأخيراً يحصل بطء في الدورة حيث  
انه لا يدفع بكل حركة انقباض بطيئاً الا كمية قليلة من الدم فيكتسب هذا

السائل صفه وور يديه بسبب كثرة تحمله ببعض الكريون وقلة الأكسجين  
لقلة وروده الى الرئين ويحيونه فيهما

وأما اذا تضاعف عدد القلب الجزئي بأقوة عضوية في الصمامات أو بانقباضها  
رئوية أو بغير ذلك من أمراض الرئين التي تحدث عوفاني الدورة فلا يمكن  
الحكم بان كلاً من قلة امتلاء المجموع الشرياني وكثرة امتلاء المجموع  
الوريدي وبطء الدورة واكلتساب الدم للعالة الور يديه متعلق بالمرض  
الاصلي أو بالتعدد القلبي ومع ذلك فنحن المعالوم انه في أحوال وجود عواتق  
في الصمامات أو انقباضها رئوية أو نحو ذلك حتى كان جرح القلب الحائز  
امام العاتق الدوري ليس في حالة تعدد دل في حالة ضخامة دائرية يمنع حصول  
الاضطرابات الدورية وعدم انتظام توزيع الدم كما ذكرنا فيما مر فوجودها  
يعطى لنا دلالة أكبر على انه عند وجود الاضطرابات الدورية المذكورة  
في درجة عظيمة جداً لم يستحل عدد القلب الى حالة ضخامة دائرية فيسهل أو ان  
ضخامة القلب الدائرية استحال الى حالة تعدد فيه ثم انه على حسب اختلاف  
مجلس التمدد الجزئي في القلب يختلف امتداد العواتق الدورية المتعلقة به  
ومجملها وسنتكلم على ذلك عند الكلام على الآفات العضوية الصمامية  
التي تحدث تعدد في كل من تجاوزيف القلب على حدته كما اتاذ كرنا في مصت  
الانقباض الرئوية تأير حالة البطين الايمن وتعدده مفصلاً مع الدقة وانما تنبه  
هنا على عرض مخصوص وهو الخفقان القلبي الذي يشاهد في كل من التمدد  
الجزئي للقلب والعموى له فانه لا يندر أن يزول احساس المريض بالخفقان  
القلبي الشديد الذي يحس به في قسم القلب وذلك متى استحال تعدد القلب الى  
حالة الضخامة فكما انه لا يندر أن يعود الخفقان اذا اعتري القلب  
الواقع في الضخامة استعماله مرضية فان احساس بخفقان القلب لا ينبج عن  
مجهودات انقباضات القلب الواقع في الضخامة ولو حصل منه الارتجاج فانما  
حاصلة بدون مجهودات بل ينبج عن انقباضات القلب الغير الضخم الحاصلة  
بمجهودات شاقة ولذا تشكى الانحياض القليلة الدم الانمايون بخفقان  
القلب أكثر من الصابين بأمراضه وأكثر هذه الامراض اسباب الخفقان  
القلبي هو التمدد والالتهاب والاستحالة المرضية لجوهر القلب وفي أحوال

تعددت القلب العمومية الناشئة عن قلة مقاومة جدره بسبب ما يعتريه من  
الاستحالة المرضية يصير الحسك على درجة تتعلق الاضطرابات الدورية  
وتوزيع الدم توزعاً غير طبيعي بحيث لا يعلم هل هي متعلقة باستحالة القلب  
المرضية أو بتدده وعلى كل فقد القلب تأثير عظيم في اتساع العوارض  
المذكورة فانه من المعالوم بالمشاهدات الاكلينيكية ان استحالة القلب  
المرضية الخالصة عن تدده التي لا يندر مشاهدتها في الاشخاص الانمايين  
يسهل تحملها ويقل ظهور الاضطرابات الدورية فيها عما يشاهد في أحوال  
الاستحالات المرضية للقلب المحصورة بتدده

والاعراض الابتدائية التي تشاهد في هذا الشكل من القدد القلبي هي  
كما ذكرنا التشكي بالحققان القلبي الذي لا يكون في نسيته موازنة للاحاساس  
بضربات هذا العضو المدركة للطبيب وينضم اليه بسرعة ضيق في النفس  
الناشئ عن امتلاء الاوردة الرئوية والاعوية الشعرية لهذا العضو وبطء  
الدورة وضيق النفس هذا يزداد بالكلية عند الصعود على نحو السلم أو الجبال  
أو غيرها من الجهود العضلية ويكاد أن لا يكون محسوساً بالكلية  
في الابتداء عندما يكون الجسم في الراحة التامة ولون المرضى يكون  
في هذا الزمن باهتاً بسبب قلة المجموع الشرياني لكن لا يكون المجموع  
الوريدي في الابتداء مثلاً امتلاء عظيماً بحيث ينشأ عنه اللون السيانوزي  
والاستسقاء ويتضمن لذلك الاحساس بالضعف العام والهبوط والتعب  
السريرى بأقل مجهودات عضلية وجميع هذه الظواهر تنتج كما ذكرنا عن  
اكتساب الدم للعالة الوريدية وعند تقدم هذا المرض يزداد كل من خفقان  
القلب وعسر التنفس فلا يكون للمرضى طاقة على فعل أي مجهود عضلي اذ  
عند فعله يضيق تنفسها بالكلية وتكتسب الشفتان والوجهتان لوناً مزرقاً  
واضهماً وبظم حجم الكبد ويتفتح بسبب الاحتقان الوريدي الاحتباسي  
الحاصل فيه ويظهر في الاطراف خضرة ما نحو الكعبين استفاخاً أو زجماً في  
المسام وعند ما تشدد درجة هذا المرض اشتداداً عظيماً تشكى المرضى بضيق  
عظيم في النفس ولو كان جميعها في الراحة التامة ويسهل هذا الضيق الى  
درجة لا تطاق عند فعل أقل مجهود عضلي وبصر النبض صغيراً غير منتظم

ومعظمها غالباً والبول القليل المتركيز سبب منه عند تركه للراحة واسبب من  
بولات السوداء فان كمية الماء القليلة الموجودة فيه لا تكفي في حفظ هذا  
المخضلا عند انخفاض درجة الحرارة وكثيرا ما يظهر الزلال في البول مدة  
هذا الزمن بكمية قليلة أو عظيمة وحينئذ تصير الشفتان والوجنتان في هيئة  
سيفوزية واضحة ويعد الاستسقاء من الكعين للساقين ثم إلى الفخذين ثم  
إلى الصحن وجدر البطن وكذا الأطراف العليا والوجه وتحصل انسكابات  
مصلية في تجويف البطن والصدر وتنتهي حال المرضى بالهلاك عقب ظهور  
الأوذع الرئوية والشلل الشعي وكل طبيب مشتغل بالطب العملي لابد وان  
يشاهد في كل سنة شيئا ونسأ متقدمين في السن ثم لمع التأم الشاق عقب  
ظهور الاعراض المذكورة ولومع بعض تنوع فيها

وتعد القلب الذي يعتري هذا العضو عقب اصابته بالضخامة الدائرية في  
أحوال الانتهابات الشريانية الباطنة المنتشرة المشوهة يسير بطواهر مرضية  
مشابهة لما ذكرناه في الشكل السابق حتى لا يمكن للطبيب في جملة أحوال  
تميز هذين الشكلين ولا غرابة في ذلك متى علمنا ان الانتهاب الشرياني الباطني  
المشوه لا ينشأ عنه اضطرابات دورية مادام معصوبا بضخامة دائرية في  
القلب وان الظواهر المرضية الابتدائية لا تشاهد الا اذا اعتري القلب  
الواقع في الضخامة المستحالة مرضية تابعة وصارت هذه الضخامة كادية  
وصارت قوة تعادها للاضطراب الدوري غير تامة ومع ذلك فان شوهه  
مرض متقدم ما في السن قد اعتراما اللون السيفوزي والاستسقاء وتأكده  
بالبحث الطبيعى وجود تعدد القلب وأن الشرايين الدائرية ذات تعرجات  
عديدة وان ضرباتها ولوا الصغيرة واضحة جدا وجدرها صلبة يابسة فالغالب  
انه اعترها التهاب شرياني باطنى مشوه وتعد في القلب تابع لضخامته  
لدائرية واما ان فقدت الظواهر المذكورة من الشرايين الدائرية فانها ظاهر  
القريب للعقل ان الاستحالة المرضية للقلب هي الابتدائية وأن تعددها  
العضو تابعي لها

وبالبحث الطبيعى لا يظهر بالجلوس تحذب قسم القلب الذي يشاهد أحيانا في  
أحوال الضخامة الدائرية لهذا العضو والجلوس يحس بضربات قنة

القلب عند قدده تعدد اعظم باتجاه الامقل والوحشية وكثيرا ما تكون هذه  
الاضربات ضعيفة وقد لا تدرك بالكلية وفي أحوال أخرى تكون قوية  
سبب ما عقب فعل مجهودات شاقة بحيث ان ضربات القلب المتعددة تشابه في  
هذه الحالة بالنسبة لقوتها ضربات القلب الواقع في الضخامة لكن ضربات  
القلب الرافعة لجدرانها ولا تشابهها بالكلية في أحوال التعدد البسيط لهذا  
العضو وبالقرع يتضح لما امتداد أهمية القلب امتداد أمشاجها بالماثر حناه  
في الضخامة القلبية بحيث يقال على العموم ان امتداد أهمية القلب مع  
ازداد ضرباته وقوتها علامة على الضخامة القلبية وان امتداد أهمية قسم  
القلب مع ضعف ضرباته علامة على تعدد القلب وكذلك تعدد القاصر على  
البطين الايسر الذي يصحب عادة عدم كفاية غلق الصمام الايسر في تغير صوت  
القرع بالكيفية التي ذكرناها في الضخامة الدائرية في هذا التجويف وعند  
تعدد البطين الايمن يصير صوت القرع اسفل القصر والحافة العلوية من ابتداء  
الضلع الثاني الى الخامس أو السادس أصم واما تعدد الاذين الايسر فلا  
يمكن معرفته لكونه مشغولاً وعند التسمع تسمع ألحان القلب الطبيعية  
ضعيفة جداً مع انها في أحوال ضخامة القلب كانت قوية عالية ومع ضعفها  
تكون نقيصة وذلك ناشئ عن كون الصمامات الشريانية البطينية وجدران  
الشرايين لا تتوج الاقاييل باقباضات القلب الضعيفة وفي أحوال أخرى  
تكون أهمية الغطاء القلب غير واضحة في البطينين لان كلا من الاعمدة  
للعمية وجدران القلب واقع في حالة ضخامة بحيث لا تتوتر الصمامات عند  
انقباضها الا فتوتر اضعف وبالجملة قد يسمع في قسم القلب المتعدد بدلا عن  
الغطاء القلب الطبيعية ألحان مرضية لا يحكم بها على وجود آفات عضوية  
في الصمامات وهذه الالغاط منشؤها عدم انتظام القروجات الهوائية التي  
تتري الصمامات المتوترة فتزغير نام بالدم القارع عليها وتشابه الالغاط التي  
تسمع ولو بدون تعدد في القلب عند وجود اضطرابات عضوية في هذا العضو  
وفي الامراض الحسية وفي أحوال استرخا الطبقة العضلية للقلب كالتي  
تشاهد في الامتنحاض الانبيين مع استرخا في مجموع العضلي بتمامه  
(الملاحظة)

القواعد المؤسس عليها معالجة تعدد القلب تستلزم مما ذكرناه في كيفية ظهور  
هذا المرض واسبابه فيجهد من جهة في تحسين تغذية الجسم وتنظيمها على  
حالة طبيعية وبذلك يمكن تجنب تناقص مقاومة جدران القلب المرضية ومن  
جهة أخرى في صون المريض من جميع المؤثرات المضرة التي يهاجمها  
يعاق فعل القلب ولذا كان من الجيد استعمال اغذية مقوية لكن يجب  
على المريض ان لا يتعاطى منها كمية عظيمة مرة واحدة بل الاجود تكرار  
تعاطى الطعام على مرار وحسن ما يوصى به البيض والامراق خصوصا  
الالبان ويحصل لبعض المرضى تقدم عظيم جدا في الصحة عند الاقتصار على  
الاغذية البنية وعند وجود اعراض انيمياوية أو استسقاءية يؤمر المريض  
باستعمال المركبات الحديدية ومن المشهور انها ليست منبهة بل مقوية فقط  
ويمنع المريض من الحركات العنيفة للشاقة ويقلل استعمال المشروبات  
الروحية ما أمكن بدون قطعها عن المعتاد عليها دفعة واحدة وان اتفخ  
الكبد وصار لون المريض سيافوريا واتفخ الكعبان اتفخا او ذيماويا  
وجب استعمال الديجيتالاوكت اطن سابقا طبقا للنظريات القديمة للمعلم  
ترويه بالنسبة لتأثير الديجيتالا في قوة انقباضات القلب وتوتر المجموع  
الشرياني ان هذا الجوهر الدوائي لا فائدة فيه في أحوال تعدد القلب بل  
استعماله خطره فيه وعما قليل من السنين ثبت عندى ارتكابه على كثير من  
المشاهدات الاكلينية ان الديجيتالا جوهر دوائي قوى التأثير ينفع عنه  
شدة وقية في انقباضات القلب وبذلك يزول كل من اللون السيانوزي  
والاستسقاء وحينئذ فاستعمال هذا الدواء مع تدبير الغذاء اللين واسطة  
علاجية ذات منفعة عظيمة في تعدد القلب اذ كثيرا ما يمكن ازالة الارتشاحات  
الاستسقاءية بالكلية مدة من الزمن ثم هذه المعالجة ويجب على الاطباء  
المستقلين بالصناعة العملية لاجل تقدم علم المعالجة ان يلتفتوا للنتائج  
العلاجية في الجسم البشري المريض للتجارب بالجواهر الدوائية في الكلاب  
وقد أدت التجارب الاخيرة للمعلم (ترويه) نتائج مخالفة بالكلية للنتائج التجارب  
القديمة بهذا الجوهر في الحيوانات غير ان هذه النتائج مطابقة لتجارب  
الطب العملي والعادة ان تستعمل الديجيتالا منقوعة اغما تنبه على ان تأثيرها



يختلف باختلاف محل منبعا اذ قد يشاهد من تأثير اليجتالا التي تثبت في بلاد  
(برتمبرغ) ظواهر تسمية عظيمة ولو استعملت بمقدار صغير والعادة أن يؤمر  
بمنقوع ماخوذ من خمسة ديسى جرام (اى عشر محبات) على مائة وخمسين  
جراما (اعنى خمس أواق) من الماء ولادة على هذه الجرعة زيادة عن مرتين  
وانما في الاحوال الخطرة جدا يؤمر به لاعتن المنقوع بصيغة اليجتالا  
الاثيرة فيعطى منها اربع مرات كل يوم من ١٢ نقطة الى ١٥ والظاهر  
أن للمركبات الزرقية والاتيونية تأثيرا في القلب مشابها لتأثير اليجتالا  
فيها واسطمان علاجيتان مهمتان في جميع امراض القلب التي ينتج عنها  
ضعف في فعله والمعلم (ابو) يوصى باستعمال حوض الزر يغوز بمقدار اثنين  
ملى جرام (اعنى جزأ من ثلاثين من قحمة) في كل يوم ويوصى أيضا بزيادات  
الاتيون فيعطى منه مرتين كل يوم بمقدار ١٠ جرام واحد كل مرة (اعنى  
جزأ من ستين من قحمة) على شكل حبوب

(المبحث الثالث)

(في ضمور القلب)

صغر حجم القلب الخلق يشاهد بالاكثير في العالم (روكتسكى) عند الاناث  
الواقف فيهن غو بعض اجزاء الجسم لاسيما الاعضاء التناسلية ولا نعلم  
كيفية حصول ذلك ومنشئه

واما الضمور العارضى للقلب فيشاهد في أحوال عديدة منها التهوكة العامة  
التي تحصل في أثناء سير السل الرئوى وسوء القنية السرطاني وسن  
الشيخوخة بل وفي بعض الامراض الحادة المستطيلة المدة كالتيفوس يمكن  
أن يؤدى لضمور القلب ومن العلوم ارتعاض على الاغذية بكمية عظيمة جدا  
وان كان لا يمكن بانتقاده في ازدياد ألياف الطبقة العضلية من القلب الا ان  
امتناع التغذية أو التهوكة يمكن أن يؤدى الى ضمور في الحوض الرئوى من  
القلب كما يؤدى لضمور في جميع عضلات الجسم ومما اذا كان القلب عرضه  
لضغط قوى واقم عليه من الطاهر كالتضمر عضلات لاطراف اذا وقع عليها  
صفط من نحو جبا تراو اربطة مدة طويلة من الزمن فضمور القلب يصاحب  
حينئذ الانسكابات لنامورية العظيمة والتيسس اللينى للنامور ولتجهات

العظيمة الشخصية على هذا العضو ومنها حصول الضمور المذكور وعقب  
تضائق في الشرايين الاكليلية فان ذلك يفتح عنه قلة توارد السائل المغذي  
الى جوهر هذا العضو

\*(الصفات التشريحية)\*

في أحوال صغر حجم القلب الخلقى يصير حجم قلب شخص بالغ في حجم طفل سنة  
من ٥ سنين الى ٦ كإذ كرم (روكتسكي) وجد هذا العضو يتكون  
مستدقة وتجاويفه مضقة وصماماته رقيقة  
واما الضمور العارضى فيكاد يكون دائماً مركزياً يعنى ان رقة جدار القلب  
تكون معصوبة بتضائق في تجاويفه ويشاهد زيادة عن صغر حجم القلب في  
هذا الشكل من الضمور يتميز له عن الشكل السابق ضمور في الطبقة  
الشخصية من القلب وارتشاح مصلى في جوهره الخلقى الذى كان متراكماً فيه  
من قبل الجوهر الشحمى ويكون التامور ذا اللون متعكرو البقع البيضاء  
(السماء الطخ الزرقة) التى كثيرا ما توجد على ظاهر القلب تكون متنية  
والشرايين الاكليلية كثيرة التعرج والغشاء الباطن من القلب ذا كنى اللون  
والصمامات الاذقية البطنية مستفخة وطبقة القلب العضلية منتفخة اللون  
متناقصة القوام وفي أحوال أخرى يكون جوهر القلب متبشدا كنى اللون  
وقدبه (بمجرد) على انه في غالب أحوال الضمور المركزى للقلب كثيرا ما يوجد  
سائل مصلى متجمع في التامور بكمية عظيمة يشابه تجمع السائل في  
تجويف الجمجمة عند ضمور الدماغ أعنى الاسفقاء الدماغى الناتج عن  
الفراغ

واما الضمور البسيط للقلب فنادر ويحدث يكون حجم القلب طبيعيا وجدره  
مستدقه وحجمه في هذه الحالة يكون ناشئاً من تضائق في تجاويفه بحيث  
يطابق هذا التكل شكل عدد القلب المذكور في المصنف السابق وكذا يلاحظ  
في الضمور الدائرى للقلب فانه يطابق بالشكلية عند القلب بحيث يتعصر على  
الطبيب بالكيفية المحكم يكون رقة جدار القلب ما بسبب تعددها العظيم  
وضمور البافاها العضلية ونتيجة كلتا الحالتين ليست واحدة فان القلب  
لن ينداد اذا كانت جدره مع ذلك مسترقة كما يشاهد عند حصول تجمع شحمى

على القلب أو تخنن في في التامور متخلف عن التهاب تامورى مزمن  
نرى ان قوة دفع القلب متناقصة جدا زيادة عما ترواها في أحوال القعد

البسيط

وبالجملة فقد يشاهد صغر عظيم وضور في البطن الايسر من اليمين عقب  
تناقص امتلاء هذا التجويف وذلك اذا كان هنالك تضيق في الصمام الاذيني  
البطيني اليسارى

### \* (الاعراض والاسباب) \*

صغر حجم القلب الخلقى ينتج عنه تبعاً للمعلم (البقيع) انغما متسكروا تبعاً للمعلم  
(هوب) يشاهد عند المرضى المصابين به زيادة عن الاعمال المتكررة زيادة  
تغذية الجسم تناقص عظيم في قوة المجموع العضلي وخفقان واعراض انيميا  
أو خاوروز

وأما ضور القلب العارضى فتختلف ظواهره بحسب كونه ظاهرة من  
طواه النبوكة العامة أو كونه أصلياً وغير تابع للانيميا ولا للضور لعام من  
الجسم ففي الحالة الاولى تكون اعراض هذا المرض غير وضحة بل ولا يمكن  
الحكم في الحالة الراهنة بان كان تناقص قوة دفع القلب ناتجة عن ضعف  
في قوة الانقباضات العضلية من القلب أو من ضور طبقة العضلية وفي كلة  
الحالتين يتناقص امتلاء الشرايين وينداد امتلاء الاوردة بتركم الدم فيها  
لكن حيث ان كتلة الدم تكون متناقصة فلا تحصل ظواهر دالة على امتلاء  
الاوردة امة الا عظيماً ومن النادر ان يشاهد في أحوال ضور القلب الذى  
يكون ظاهرة من ظواهر النبوكة العامة استسقاءات شديدة وتلون سيانوزى  
واضح فان كلام التلون السيانوزى في الشفتين والتقدبات الوريدية في  
وجنة الشيوخ والانسكابات القليلة في المنسوج الحاوى تحت الجلد في  
الاقدام واليدين الباردتين والمزرقتين قليلاً يتعلق ببعضه بتناقص قوة دفع  
القلب وبعضه بضور الرئتين وغير ذلك فان مجموع هذه الظواهر ينتج عن  
الضور كما ذكرناه

ويختلف ذلك في الأحوال التي فيها ضور القلب يكون ناتجاً عن اضطرابات  
غذائية موضعية في هذا العضو أو ضغط مستمر واقع عليه أو تضيق في

الشرايين الاكليلية فان المرضى هنا تشسكي بختناق قلبي عظيم وهو عرض  
 يشاهد في جميع الاحوال التي فيها لا تتم الدورة الاعجم ودان عظيمة في فعل  
 القلب كما يناد ذلك سابقا وهنا ينشأ أيضا عن قلة امتلاء الشرايين امتلاء عظيم  
 في الاوردة وعن بطء الدورة تقدم في الحالة الوريدية من الدم واحتياج عظيم  
 لسرعة التنفس وقد تشكك ب المرضي لو ناسيا نوزيا يظهر عندهم استعانة  
 عموى وضيق عظيم في التنفس وان كان القلب مع ذلك مقددا انضم بسبب آخر  
 لامتلاء الاوردة وبطء لدورة وحينئذ ترقى القلواهر المرضية المذكورة الى  
 أشد الدرجات وتحصل بسرعة وتصل للدرجة عظيمة متى انضم لهذين السببين  
 سبب ثالث تنجمه كنتيجة السببين السابق ذكرهما أيضا عنه ما غالبا وهو  
 الاستحالة الشحمية للطبقة العضلية من القلب ومثل هذه الاحوال كثيرة  
 الحصول فان جميع الأشخاص المنموكين من منذ زمن طويل الذين اعتراه  
 السيانوز والاستسقاء يدون ان يكونوا مصابين بأقارن في مصامات القلب  
 يوجد عندهم في الغالب ضمور وتعدواستحالة شحمية في جوهر القلب. واما  
 صلت هذه التغيرات المرضية بالتماير شرايا باطن مشوة أولا  
 ثم انه بالبحث الطبيعي قديما ~~كننا~~ الاستدلال على ضمور لقلب فضرراته  
 تكون ضعيفة جدا ولا تدرك متى كان المريض في الراحة التامة وتتناقص  
 أصعبه في بعض الاحوال كما تناقص حجمه أيضا وليس لهذا العرض أهمية  
 تشخيصية الا اذا أمكن الطبيب الحكم بان صغر حجم لقلب هو السبب  
 للاقترابا العوضية التي بها تتمدد الرئة وفي أحوال أخرى تكون أهمية  
 القلب طبيعية وذلك في الاحوال التي فيها يمتلئ الفراغ الناشئ عن ضمور  
 القلب بارتشاح في انه امور لا يتجدد في الرئة وبالجملة في أحوال أخرى فيها تضخم  
 الرئتان كذلك قد يصير ارتشاح الامور عظيما جدا بحيث ان أهمية القلب  
 تزايد وعن ذلك يشاهد في الاحوال التي فيها يحصل ضمور في جدران القلب  
 مع تمدد في تجاويفه وأصوات القلب كما أنها تكون قوية عالية في ضخامة  
 هذا العضو تصبح ضعيفة غير واضحة في ضموه أو انها تصبح غير نقية وقد تظهر  
 أنماط مرضية وجميع هذه الظواهر تنتج عن عين الاسباب الهندسة لتغير  
 العاط القلب كما ذكرنا ذلك في المبحث السابق

## (المعالجة)

لا يمكن التكلم على معالجة ضور القلب ومن المعقول الواضح انه ينبغي تجنب  
لجهد ادت العضلية واعطاء غذاء مقو ويسمح للمريض بتعامله قليلا من  
التبذ (اذ يقال في التبذ انه لبن الشيوخ)

## (المبحث الرابع)

## (في التهاب الغشاء الباطن للقلب)

## (كيفية الظهور واسباب)

لتتبع بالكلية رأى المعلم (ورجوف) في بيان كيفية ظهور هذا المرض فانه  
يقول ان حصول نضج سائب في التهاب الغشاء الباطن للقلب امر غير ثابت  
بل فيه شك عظيم ويعتبر هذا الالتهاب حيث تقدمت في التهاب غشاء الشرايين  
الباطن الذي هو ينبوع الحياة تسمى بالاثيروم اى الاستحالة العجيبة الكلوية  
التي باجودرها ياتى عدم من جلة الالتهابات الجوهرية ويعنى بالالتهاب الجوهرى  
كل اضطراب غذائى قوى يشاعس مهيج لا واسطى غير ناتج عن نضج بين  
العناصر الطبيعية لجوهر الاعضاء بل عن اتساع في نفس العناصر الطبيعية  
يؤدى الى غمر مرضى في التلايا الطبيعية وفي احوال التهاب الغشاء الباطن  
للقلب لا يتبدى الالتهاب من الطبقات الفائرة من هذا الغشاء بل من طبقاته  
السطحية فانه من المعلوم ان الغشاء الباطن للقلب مكون على حسب راد  
المعلم (لوسكا) من الثلاث طبقات المتكون فيها جدران الشرايين والاوردة  
فتتمتع هذه الطبقات السطحية وتخل بمادة سائلة هيأتمها كالمادة المخاطية  
بمعنى انها تعقد على شكل اخطية عند اضافة قليل من حمض الحليك اليها  
ومع ذلك فتكون اخلية بعدد عظيم جدا واما قليل من تكوينها فتعوضون  
هذه الاخلية الى منسوج خلوى وانما في احوال نادرة أعنى في احوال التهاب  
الغشاء الباطن للقلب النقيصى يصير تكوين هذه الاخلية ونموها بقوة عظيمة  
جدا بحيث ان جوهر العضو يتلاشى ويذوب فينتج من ذلك فقد جوهرى

تقرح

ثم ان اسباب التهاب الغشاء الباطن للقلب قليلة الوضوح ويندر أن يكون  
حصول هذا المرض من تأثير مهيجات لا واسطية أثرت في الغشاء الباطن

للقلب فلم يشاهد المعلم (بجبر) الاحالتين مرضيتين من هذا المرض حاصلتين  
من اسباب ظاهرة جوهرية وبقيت من كثرة اصابة الصمامات القلبية  
والقوهران أن التهاب الغشاء الباطن للقلب الناتج عن اسباب باطنة يصيب  
بالاخص اجزاء القلب المعرضة للاحتكاك والتوتر عند فعل هذا العضو  
واقباضاته فكما ان الشريان الرئوي الذي يسد ان يكون مجلسا للاستهالة  
الاثيروماتية المعبر عنها بمحور ما التهاب الشرايين يصاب بكثرة في هذا المرض عند  
ما يعتر به تمسده مرضي عقب اصابة البطين الايمن بالضخامة. وكان الاوردة  
يعتر بها الاستهالة الاثيروماتية اذا حصل فيها تمسده مرضي عقب استطراقها  
بشريان ودخول التيار الدموي فيها فكذلك تكثر اصابة المحال الضيقة من  
القلب اى القوهران لاسيما اجزاء الصمامات التي تحتك مع بعضها مدة علقها  
كاسطح الصمامات المتجهة نحو تجويف البطن من الصمام القلبي وذى  
الشرايات الثلاث والسطح الخدي من الصمامات السينية

وحصول التهاب الغشاء الباطن للقلب حصولا اوليا ذاتيا أعني انه يصيب  
شخصا سليما من قبل عند تعرضه لتأثير برود مثلا وان كان مشكو كافيه الا انه  
جاء بالحصول فان كثرة وجود آفات عضوية في الصمامات عند أشخاص  
لم نصيب مطلقا مرضا بدلا تقر يسأل ان الالتهاب الذاتي المزمن للغشاء  
الباطن من القلب ليس نادرا الحصول

واكثر ما يشاهد هذا الالتهاب في اثناسمير الروماتزم المفصلي الحاد ويسهل  
حصوله كلما كثرت المقاصل المصابة كما قاله (بجبر) وليس من المهم  
التعرض للنظريات في حصول هذه المضاعفة حيث لا طائل فيه ومع كون  
الروماتزم المفصلي الحاد هو السبب الاكثر اتجاها لهذا الالتهاب فقد عرف  
الآن عدد عظيم من الروماتزم الحاد الغير المصحوب بهذه المضاعفة في اثناسميره  
اكثر مما كان يظن سابقا ولا يترقب على وجود اللفظ المتفاخي باقراده الذي  
كثيرا ما يسمع في اثناسمير الروماتزم المفصلي الحاد أن يحكم بوجود التهاب في  
الغشاء الباطن للقلب فان مثل هذا اللفظ الذي يسمع في نصف أحوال هذا  
المرض يتعلق معظمه بعدم انتظام توتر الصمامات القلبية الناتج عن الحركة  
الحسية وعدم انتظام فعل القلب أيضا وتوران انقباضاته وكثرة تضاعف

الروماتزم بالتهاب الغشاء الباطن للقلب تبعاً لتفاوت العلم (يعبر) تبلغ نحو  
المشرين في المائة

ويعقب ذلك في المصاعقة التهاب الغشاء الباطن للقلب لالتهاب  
الكلى الجوهرى المعروف بداء بركت الحاد والمزمن والاستعداد للاصابة  
بهذا المرض كالاستعداد للاصابة بالتهاب غير هذا الغشاء من الأغشية  
المصلية والتهاب الرئتين ونحو ذلك التامى عن هذا المرض الكلى غير  
معلوم لنا

ويتضمّن ذلك التهاب الغشاء الباطن للقلب الذى يظهر في أثناء سير الامراض  
الحادة لاسيما الامراض التسممية الحادة واكثر هذه الامراض  
الاشيرة اتجا لالتهاب الغشاء الباطن للقلب هي النفاس بخلاف العلم  
(وندرش) زاعم ان اكثر الاسباب لهذا المرض هي الحصبة بعد  
الروماتزم المصلى الحاد ولا يبعد ذلك طبعا لتجارب كل من المعلم بلوت ووبر  
القائلين بان دم الشخص المصاب بالحمى يعتبر كمهيج التهابي وان كل شخص  
مصاب بحمى شديدة هما مختلف السبب المحدث لهما يكون عرضة للخطر  
بالاصابة بالتهابات ثانوية في الاعضاء المختلفة لاسيما بالتهاب الغشاء الباطن  
للقلب وهذا القول ان وافق الصواب كان توجيهه كثرة مضاعفة التهاب  
الغشاء الباطن للقلب بل وروماتزم المصلى الحاد امراسه لان الحمى في هذا  
المرض تصل الى درجة عظيمة جدا

وكثيرا ما يغشا التهاب الغشاء الباطن للقلب عن آفة عضوية في صمامات هذا  
العضو ومن التجارب المشاهدة ان الشخص الذى اعترته آفة عضوية بسيطة  
في صمامات القلب عقب الاصابة بالروماتزم الحاد كثيرا ما يوجد عندهم اقليل  
آفة عضوية مضاعفة في الصمامات بدون ان يطرأ عليه نوبة أخرى من  
الروماتزم المصلى بحيث لا يدوان ينسب ذلك الى التهاب خفي في الغشاء الباطن  
للقلب

وقد يعتبر التهاب الغشاء الباطن للقلب امتدادا عند انضمامه الى التهاب  
العصلى للقلب او الى التهاب التامور ويندر ان يمتد الالتهاب من الرئة او  
البليورا الى الغشاء الباطن للقلب

## (الصفات التشرىحية)

حيث ان الاثبات العضوية الخلقية للصمامات التي يفتح بعضها من الثمبات في الغشاء الباطن للقلب تكاد لا تشاهد الا في القلب الايمن لمن الجائز القول بان هذا الالتاب الذي يحصل مدة الحياة داخل الرحم يصيب على الخصوص القلب الايمن وأما مدة الحياة خارج الرحم فالتهاب هذا الغشاء لا يشاهد الا في القلب الايسر ويكاد لا يصاب جميع الغشاء لمبطن لباطن القلب في جميع امتداده بل الذي يصاب بعض اجزائه فقط كالصمامات ولا سيما اجزاء الصمامات التي ذكرناها فيما تقدم فانها هي التي تكون منشأ للالتهاب

والعلامات التشرىحية الابتدائية للتهاب الغشاء الباطن للقلب هي احمرار هذا الغشاء واحتقانه ومع ذلك فلا يمكن مشاهدة هذا الالتاب في هذا الدور الا في احوال نادرة وتنبه على انه يجب الاحتراس من اختلاط الاحمرار الاحتقاني للغشاء الباطن من القلب بالتشرب الرمي الذي هو ظاهرة رمية وقد برهن المعلم (فورستر) على انه يمكن تمييز الاحمرار الاحتقاني السكاكن حول اجزاء اعترتها تغيرات مرضية اخرى عن احمرار التشرب الرمي بالصفات الاتية وهي ان هذا الاحمرار الاخير يكون قائما وقاصرا على الطبقات السطحية فقط واما الاحمرار الاحتقاني فانه يوجد في الطبقات الغائرة للاوعية الشعرية كالطبقات الغمدية التي يرى فيها الاوعية الشعرية بالمكروسكوب عملة بالكرات الحمراء من الدم

ويحصل بسرعة في الغشاء الباطن للقلب رخاوة وانتفاخ بسبب تكاثف طبقاته السطحية وانتفاخها ووصف المعلم (ووجوف) هذا الانتفاخ بأنه متكون من مادة متجانسة شفافة مشتملة على عديم الخللا بحيث يظهر عند النظر اليها كأنها تتكون من اخلية بشرية تامة ومتجمعة

وزيادة عن هذا الانتفاخ المنتشر يظهر في الغشاء الباطن للقلب فيما بعد دخول حجر سنجابي رقيق يكسب هذا الغشاء هيئة حبسية وهذه التغيرات تستحيل احيانا تبصرة الى حلمات فحينة ذات تقيمان غليظة وهذه الحلمات تكون غالبا يابسة نحو قاعدتها واما نحو طرفها المستدير فانه تكون رخوة هلامية و يوجد في قاعدتها منسوج خلوي ضام جديد التكوين تامه واما نحو طرفها



فانه يكون مشتقاً على اخلية لم تتعض اى لم تستحل الى منسوج خلوى صام  
فهذه التولدات المعبر عنها بالتولدات القطرية للصمامات تعتبر كذلك نحواً في  
المنسوج الخلوى الغشاء الباطن من القلب وهذه التولدات اخلية تكون  
حول الصمامات الوريدية تنوع حوية مختلفة العرض بقرب اطراف الصمام  
وتتعد من هنا الى اقصاف اخرى خصوصاً جهة الاحبله الوترية وامافي  
الصمامات السينية فانها تعتمد من الشراقات الصمامية وينبغي الاحتراس  
من الوقوع في الخطا واختلاط التجمعات اللببية التي تحصل على الاجزاء الغير  
المسما من الصمامات وتغطيها بالتولدات القطرية اخلية

ثم ان هذا لا تنفاخات التي قوامها منتقل فيما بعد من الحالة الهلالية الى  
قوام نصف عضري وتؤدي الى ضخامة في الصمامات وتيس فيها بل والى  
قصرها وانكماشها هي الاسباب الاكثر اتجا لالآفات العضوية في  
الصمامات وهذه التولدات يحصل فيها تلب فيما بعد بحيث انها تتكلس  
تغطي الصمام بمادة حجرية حبيبية

وقد ينضم للتغيرات التشرحية الاعتيادية لالتهاب الغشاء الباطن للقلب  
ظواهر تشرحية اخرى نادرة كتمزق صمام القلب ويوجد ذلك برخاوة  
الصمام وايته بسبب الالتهاب الذي يعتري الغشاء الباطن من القلب واكثر  
ما يميزق الاحبله الوترية فيتمزق ولا يدعى اقوتز الصمامات عوقا عظيماً اجدا  
في اثناء حركة السستول وفي احوال اخرى قد تميز نفس الصمام وقد لا يميزق  
الا احد اسطحه فالدم الداخلى من محل التمزق يدفع السطح الاخر ويحدث  
فيه اتبعاجا على شكل جيبى وحينئذ يتكون عنه ما يسمى بانيوريزما الصمام  
ويندرج هذا تمزق الغشاء الباطن للقلب في صفرة ملامس للجوهر العضلى من  
القلب وحينئذ يغز الجائر اندفاع الدم بقوة الى محل التمزق فيمدد جوهر القلب  
في الجزء الملتب فيتكون من ذلك الاينوريزما القلبي الحاد بدريان مختلفة  
وهذا التمدد الاينوريزماوى الحاد للقلب يكون على شكل جيب مستدير  
ملتصق بجوهر القلب محدود في مبدئه بالغشاء الباطن للقلب المتمزق المشرزم  
وجدره متكونة من الجوهر العضلى للقلب المتحد  
ومثل هذه التمزقات في الاهمية والعاقبة التصامات الاحبله الوترية

واطراف الصمامات سواء كان التصاقها ببعضها او بينها وبين جدران القلب  
وهذه الالتصاقات نتيجة لالتهابات الغشاء الباطن للقلب أيضا وحيث انه  
بالتصاق الاحيلة الوترية هي واطراف الصمامات ببعضها يحصل تضيق عظيم  
جد في القوهرات الصمامية الوريدية وبالتصاق الصمامات والاحيلة الوترية  
يجدر القلب بمنع بالكلية انغلاق الصمام مدة حركة الستول فستكلم على  
ذلك مفصلا عند الكلام على الآفات العضوية للصمامات وتوجيه حصول  
هذه الالتصاقات اصعب من توجيه غير هامن التغيرات التشريحية الناشئة  
عن التهاب الغشاء الباطن من القلب وذلك لان القلب في فصل وحركة دائمين  
بحيث يترتب على ذلك ان الاجزاء الملتصقة ببعضها لم تزل تتقارب وتباعد على  
التناوب

وفي احوال الالتهاب التقرحي للغشاء الباطن من القلب يشاهد فقد جوهر غير  
منتظم محدد وتحديدا واضحا ويكون حولها لغشاء الباطن المذكور منقعا  
فحينئذ واقع متكونا من جوهر القلب المرتفع

و يكون اشتراك الجوهر العضلي مع القلب في التهاب اكثر مما كان يظن سابقا  
فانه كثيرا ما ينضم لالتهاب الغشاء الباطن للقلب التهاب جوهر العضلي وفي  
احوال اخرى قد نصير الطبقة العضلية الباطنة من جدران القلب الملامسة لغشائه  
الباطن الملتهب مجلسا لانتشاح مصلي وبذلك يسهل توجيه قلة مقاومة جوهر  
هذا العضو واصطحاب التهاب الغشاء الباطن من القلب بتدده

ثم ان التعقيدات اللييفية التي تغطي التولدات المرضية للصمامات على الدوام  
يمكن ان تندفع وتنفطر بالموجة الدموية فينتج عنها تغيرات مرضية اخرى  
بعيدة بحيث تكاد تسبب نتائج هذا الالتهاب الحزنة التي تحصل عند ارتفاع هذا  
المرض واشتداد هذه التعقيدات المعروفة بالسدد السارية فانها متى اندفعت  
بواسطة التيار الدموي ووصلت الى الدورة نشأت عنها انزفة سددية ونزاجات  
انتقالية وقد ذكرنا ذلك مفصلا عند الكلام على التغيرات الانتقالية في  
الرتين ومع ذلك فهنا لا تكون الانزفة السددية بكثرة في الرتين بل غالبا  
تسكون في الشريان الطحالي فينسد احد فروعاته الصغيرة فينشأ عن ذلك بورة  
مثلثة الشكل طرفها نحو الباطن وقاعدتها جهة الظاهر يكون لونها

ابتداءً من مجرى الدم ثم تعترضها الاستحالة الجينية واندر من وجود هذه  
الانزفة السدية في العظام مشاهدتها في الكليتين واندر من ذلك مشاهدتها  
في الكبدوا كثر من في الندرة ما يشاهد في الرتين وفي كل من هذين العضوين  
لاخير من لا يمكننا توجيه حصول هذه الانزفة السدية الا بانسداد احد فروع  
الشريان الكبدي او الشرايين الشعبية لا بانسداد احد فروع الوريد الباب  
ولا احد فروع الشريان الرئوي وكونه يتدرأ ن شاهده في احوال التهاب الغشاء  
الباطن من القلب خراجات انتقالية بدلا عن الانزفة السدية يتضح مما ذكرناه  
سابقا في كيفية حصول التغيرات الانتقالية فان السدد السيارة التي تسد  
الشريان هنالك ينمو عنها بورة قيصية منقصة كما هو الغالب في السدد الرئوية  
السيرة بل هي آتية من مواد ليفية منقصة وهذا الامر لا يساعد في استحالة  
الانزفة السدية والبولوات الدموية الناتجة عنها الى خراجات انتقالية

وان وصلت هذه التقييدات الدموية الى الشرايين الـ سباتية او الشرايين  
الفقرية ينتج عنها على حسب سدها الشرايين الدماغ سدا كليا او جزئيا اما  
بولوات دموية (اي سكبات شعرية) كثيرة الامتداد او قليلة بمقتضى جميع انما آتها  
أو أنيميا جزئية وموت جزئي في بعض اجزاء الدماغ التي هي مجلس الانيميا (اي  
العين الاصفر) وانسداد فروع وعائية عظيمة في احد الاطراف بواسطة سدة  
سيرة عظيمة يمكن ان يؤدي للغغرير بالذاتية في اصابع اليدين والقدمين  
وتنحو ذلك

وحصول الظواهر الانتقالية المذكورة لا يجوز لنا الحكم بانفعال نضج  
منكون في الطبقات الفائرة من الغشاء الباطن للقلب والسكا به على سطحه  
السائب فان التقييدات الدموية تكفي بالكفاية في توجيه كيفية حصول تلك  
الظواهر كما أن الظواهر المرضية التي نشاهد في انما سيرة التهاب الغشاء الباطن  
للقلب وتشابه التسمم السدي للدم لا تجوز الحكم السابق اذ لا يسوغ القول  
بان النضج المتسكب على السطح الظاهر للغشاء الباطن من القلب ذو وصفات  
تسمية مخصوصة بها يتسم الدم

• (الاعراض والسير) •

مضى انضم التهاب الغشاء الباطن للقلب الى الروماتزم الحاد الحمي (وهذا هو

أكثر أشكال التهاب الغشاء الباطن للقلب ظهورا كما ذكرنا فلا يوجد غالبا  
عرض مدرك للمريض يدل على طرقة هذا المرض الذي لا تتضح علامته الطبيعية  
عند المريض إلا بعد بعض أسابيع أو أشهر بل وسنين فإن سئل أي عرض  
اعتبرته آفة عضوية في صمامات القلب هل كان مصابا بالروماتزم الحاد أو لا  
كان جوابه غالبا نعم وأما أن سئل عن احساسه بالآلام فله قسم القلب وضيق  
وضيق في النفس وخفقان مدة أصابته بالروماتزم المفصلي الحاد ولو كانت  
الحصى مدة أصابته بهذا المرض ذات درجة شديدة جدا كان جوابه غالبا  
لا ويكاد يكون الأمر عين ذلك متى لاحظ الطبيب المريض بنفسه فإن المريض  
في غالب الأحوال لا يشتكي تلك الأعراض ولا يرتكن في التشخيص الأعلى  
العلامات الطبيعية

وفي الأحوال الأخرى قد تظهر اضطرابات ونظيفة كثيرة الوضوح أو قليلتها  
وذلك كالآلام في قسم القلب ويظهر أن هذا الألم لا ينبع مطلقا عن الالتهاب  
اليسيط للغشاء الباطن للقلب أعني الغير المضاعف بالتهابات أخرى ولو فعل  
ضغط قوى على جدر الصدر أو القسم الشراسبي ويندر ارتقا سرعة النبض  
في ابتداء ظهور هذا المرض ولا حاجة للتعرض للنظريات المرتكن اليها في  
توجيه سرعة انقباضات القلب التي تحصل أحيانا وترى أن ذلك إنما ينبع عن  
اشتراك جوهر القلب في الإصابة وعن تهيج عظيم في العقد العصبية الكائنة  
في جدره بل الذي تقتصر عليه هو مجرد ذكر هذه الظاهرة التي تشاهد أحيانا  
في هذا المرض وكذا بعض النظريات القول بأنه يوجد في جميع الأحوال  
التهاب الغشاء الباطن للقلب الذي يشاهد فيه سرعة عظيمة في النبض الشكل  
التقرحي من هذا الالتهاب وحيث أن كلامنا من سرعة ضربات القلب والنبض  
يكون معصوبا بضعف في قوة انقباضات هذا العضو ناتج عن تخلص جوهره  
بالارتشاح المصلي يكون النبض السريع صغيرا غالبا والحصى تكسب سرعة  
الضعف بحيث يمكن اختلاط هذه الحالة المرضية ببعض الحيات الضعيفة  
كالتيفوس وغيره وأما القول بأن معظم الأحوال المعبر عنها بالحيات العصبية  
والمبسطة والضعفية والعفنة ناشئ عن التهاب حفي في الغشاء الباطن من  
القلب فقيه مبالغته فإن التهاب الغشاء الباطن للقلب يندران يكون سيرة

بالصورة المذكورة اخيرا وان انضم لالتهاب هذا الغشاء اصابات انتقالية  
 خصوصا في الطحال ارتقت الحى الى اعلى درجة بل وقد تظهر رنوب شعرية  
 لكن لا ينبغي نسبة ذلك للتسمم الصديدي للدم فان كلامنا هاتين الظاهرتين  
 يشاهد ولولم تكن مشاهدته مستمرة على الدوام في الاحوال التي فيها تحصل  
 اصابات انتقالية في الطحال مع وجود آفات عضوية قديمة في الصمامات عقب  
 انفصال تعقدات ليفية منها وبعض اجزائها بحيث انه في مثل هذه الاحوال  
 لا يمكن القول بان هناك تسمما صديديا في الدم وانما تكمن ارتقا مسرعة لبعض  
 مشاهد تشكى المرضى بحرقان قاي وحيث ذكرنا ان ارتشاح الجوهر العضلي  
 للقلب يحدث عسرا في انقباضاته وان مشاهدتنا تدل على ان التشكى  
 بحرقان القلب يحصل غالبا في جميع الاحوال التي فيها يكون فعل القلب  
 متعسرا معوقا (لا في الاحوال التي فيها يكون فعل القلب الواقع في الضخامة  
 قويا) كان توجيه هذا العرض واضحا ويتضح من هذا الارتشاح المصلى  
 للجوهر العضلي للقلب الذي يصاحب التهاب غشائه الباطن احيايا ومن ضعف  
 فعل هذا العضو ومن عوق استقراغه استقراغاته اماناته لا بد وان ينضم  
 للظواهر المذكورة عسر عظيم في التنفس وقد ذكرنا في مجت الاحتقان  
 الرئوي الضعفي ان هذه الظاهرة تصاحبها وان تكون في اثنا سير التهاب  
 الغشاء الباطن للقلب عدم كفاية غلق الصمام القاسوي وقهقصر الدم  
 فاندفع من البطين الايسر في اثنا حركة السستول الى الازين الايسر صار  
 احتقان الاوردة الرئوية عظيما وارتقى ضيق النفس الى درجة عظيمة

أيضا

ويتضح مما ذكرناه في أعراض هذا المرض ولا سيما من فقد الاضطرابات  
 الوظيفية في عدد عظيم من احوال هذا المرض ان هذا الالتهاب لا يكون له  
 الا نادرا سير محدود واضح وصفة واحدة مثل باقي التهابات غير هذا العضو من  
 الاعضاء المهمة وبما انه لا يمكن معرفة ابتداء هذا المرض غالبا لا يمكن  
 اتباع سيره مع الدقة في كثير من الاحوال بحيث اذا انطلق الطبيب بالحقيقة  
 يقول انه يتعذر غالبا معرفة الحد الفاصل بين انتهاء التهاب الغشاء الباطن  
 للقلب ابتداء المرض المعروف بالآفة العضوية للصمامات القلبية



ينتهي بالشفا وذلك بان لا ينشأ عن فحشها ونحوه من التغيرات التي تختلف عنه  
اضطرابات في وظائفها وهذا الانتهاء ليس بكثير كدات على ذلك التجارب فان  
الصمام وان عم وظيفته في الابتداء كثير ما يعود اليه التهاب حتى يعتريه آفة  
عضوية تعوق وظيفته

وما شربناه الى الآن هو شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب المضاعف  
لروماتيزم الحاد أو ما التهاب الغشاء الباطن من القلب الذي يضاعفه آفة  
عضوية صمامية قديمة فان كلامنا من اعراضه الوظيفية وسيره وانتهائه لا يكاد  
يتفصل عن المرض الاصلى السابق عنه ومثل ذلك يقال في التهاب الغشاء  
الباطن من القلب الذي يطرق في اثنا سير الامراض التسممية الانتشارية  
الحادة فان اعراض المرض الاصلى هنا تغطي بالكلية اعراض المضاعفة  
بحيث لا يمكن شرح وصفه وصفا كاملا كما ولا سيما ان كلامنا من الهذيان والحدود  
والبول الزلالى والظواهر المرافقة ونحو ذلك التي تصاحب هذا الشكل من  
هذا المرض لا تتعلق باصابة الغشاء الباطن من القلب بل بتسمم الدم تسهما  
منتشرا وبالحي السليمة الناتجة عن هذا التسمم وانما الذي يدلنا على هذا  
المرض هو البحث الطبيعى عن القلب فيجب اجراؤه ولولم توجد ظواهر  
مخصوصة تلجئنا لاجراء ذلك وأما شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب  
الذي يضاعف داء بريكت فالغالب أن يحتفى علينا أيضا متى أهمل البحث  
الطبيعى فان الظواهر المحسوسة للمريض تفقد في أحوال اخرى يظهر هذا  
الشكل بحققان قلبى وضجير وظواهر حمية ونحو ذلك كما سبق

### \* (العلامات الطبيعية) \*

أما ضربات القلب فانه تكاد تكون دائما قوية وكثيرة الامتداد خصوصا  
في ابتداء هذا المرض ومع ذلك فالنبض الصغير الرخو يكون مغاير الشدة  
فعل القلب خصوصا في الاحوال التي فيها تكون جذره مرتفعة ارتدادا  
او ذميا ويا واتقيا ضاعفا ولومع شدة فعله واصحية القلب لا تخالف الحالة  
الطبيعية في الابتداء لكن عما قبل من الايام كما قاله المعلم (اسكودا) يحصل  
عوق عظيم في استقراغ الدم من الاوردة الرئوية بحيث يتراكم الدم في الاذنين  
الايسر ومن هنا يتقهقر احتباسه الى القلب الايمن بواسطة الاوعية

الرئوية ثم يصير استقراخ الدم من هذا الاخر غير تام فيحصل فيه تعدد عقب  
 هروغ الدم من الاوردة الاجوفية اليه وبذلك تصير أهمية القلب مقدسة  
 عن الحالة الطبيعية كما ينشاء وحيث ان التهاب الغشاء الباطن من القلب يحدث  
 لينافى جوهر الصمامات وتختافها في الواضع تغير الغطاء القلب وتويعها  
 في هذا المرض فان الصمام الرخو المتكاثف لا يتقوى بالضرورة مثل  
 الصمام المتوتر الرفيع وحيث ان اللفظ الاول من القلب يحصل في البطين  
 الايسر من توجع الصمام القلنسوى كان ظهور لفظ غير طبيعي يدل عن اللفظ  
 الاول من القلب في حذاء عقه هو العرض الرئيس لانتهاك الغشاء الباطن  
 من القلب الذي يكون مجلسه في القسم الايسر من هذا العضو وزيادة  
 على ذلك ان تخرن الطرف الدقيق من الحافة الوحشية من الصمام القلنسوى  
 يعوق انقراجهما وان لين الاحبله الوترية يعوق تثبتها تنبها تاما بل ان الحافة  
 الانسية عند تمزق الاحبله الوترية يمكن ان تندفع من البطين الايسر الى  
 الاذين الايسر عند انقباض هذا البطين فينتدبقي على ما ذكر ان الصمام  
 لا يمكنه ان يتم وظيفته مدة انقباض البطين بحيث لا يمنع تقهقر الدم نحو  
 الاذين مدة انقباض البطين والحالة المرضية التي فيها يفقد الصمام خاصية  
 صمام مغلق تسبى بعدم كفاية الغلق وأما التوجات التي يعلها الصمام  
 القلنسوى متى كان مثبتا تثبتا غير تام او كان بعض اجزائه مقوجا او كان  
 الدم القارع عليه لا يصدم الاجزاء من سطحه السفلى وبعضه الاخرية تقهقر  
 ويندفع في الاذين الايسر ويغطي سطحه العلوى فانها بالضرورة تصير غير  
 طبيعية وغير منتظمة فينتدبقي عن ظهور ذلك لفظ عرضى يدل عن اللفظ  
 الاول الطبيعي في البطين الايسر وقد ينشأ ما تقدم ان اللفظ الثانى من القلب  
 الذى يسمع ضووقه هو الناتج عن توجات الصمام السببى للدورطى ويسرى  
 الى قبة القلب وان سيلان الدم في البطين لا يكون مصحوبا بلفظ في الحالة  
 العسبة الطبيعية في حالة التهاب الغشاء الباطن من القلب متى تغطي سطح  
 الصمام القلنسوى المتجه نحو تجويف البطين بتولدات حلية ثانوية وممر الدم  
 على هذه التولدات المحدودة الغير المساعدة لاعتن السطح الاملس نشأ عن  
 احتكاك العمود الدموى في الغطاء يسمع في أثناء تمدد البطين اى حركته



المستولية نحووة القلب ويجوار هذا اللفظ قد يسمع تارة اللفظ الثاني  
 الساري الممتد في الاورطى وتارة يشهد اللفظ المرضى فيغطي على اللفظ  
 الثاني من القلب وكلما كانت التولدات المرضية عظيمة كان اللفظ المرضى  
 اكثر شدة وكلما كانت أقرب لفوحة الصمام كان احتسكالك العمود الدموى  
 اكثر قوة وفي الاحوال النادرة جسدا التي فيها يكون البطين الايمن مجلسا  
 لالتهاب الغشاء الباطن من القلب تسمع ظواهر مشابهة لما تقدم فهو الجزء  
 السفلى من القص اعنى في المحل الذي فيه يسمع على الصمام ذى الشرافات  
 الثلاث لكن توجه هذه الظواهر هنا بعسر جدا فان البطين الايمن يكاد  
 لا يصاب على حدته فلا يمكن التمييز ان كانت الانقاط المرضية متكونة في  
 الصمام ذى الشرافات الثلاث أو سارية من صفرا خربا بعد عنه  
 والفاط الاورطى تكون في الغالب واضحة حيث ان الصمام الاورطى يندور  
 اصابت به هذا المرض لكن ان حصلت ونشأ عنها تولدات حلية على السطح  
 السفلى من الصمامات السنية نتج عن احتسكالك الدم بهذه الاجزاء الغير  
 المستوية لفظ في اثناء انقباض البطين يتضغ استماعه حذاء منشأ الاورطى  
 اعنى في جزء القص المحاذى للمسافة الضلعية الثانية ويمتد من هذا الصقر الى  
 الشرايين السباتية واذ من اسقاع لفظ تستولى في الاورطى اسقاع لفظ  
 دياستولى في هذا المحل وعلى الدوام يكاد يسمع لفظ قلبي نقي في الشريان  
 الرئوى فان التهاب الغشاء الباطن من القلب لا يكاد يمتد الى هذا الجزء مطلقا  
 وبدا عن ذلك في هذا الشريان يسمع اللفظ الثاني من القلب مع غاية كل من  
 الوضوح والعلو فثبت ان يكون عرضا مهما فان الشريان الرئوى كلما كان  
 اكثر امتلاء كان قرع الموجة الدموية الذي يقع على صمامها السنية مدة  
 استرخاء البطين أقوى واشد وحيث انه في احوال هذا المرض يحصل عدم  
 كفاية غلق في الصمام القلبي سوى غالبا يحصل بالضرورة امتلاء عظيم في  
 الشريان الرئوى ويشهد اللفظ الثاني من القلب فيه

(التشخيص)

قد يحصل بكثرة عدم ملاحظة التهاب الغشاء الباطن من القلب في أثناء سير  
 الروماتيزم المفصل الحاد فلا يشخص أو يشخص مع انه لم يكن موجودا

فينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطأ الاول عدم الاهمال في البحث بالسمع عن قلب المريض الذين اعتراهم الروماتيزم المفصلي الحاد ولولم تشتك باذن الم ولم يوجد عندهم اضطرابات وظيفية كما انه ينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطأ الثاني الاحتراس من تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب بمجرد ظهور لفظ منفأخي فحقيقة هذا العضومة حركة السستول فان هذا العرض كما انه يشأ من نحن الصمام الالتهابي يمكن ان ينشأ عن تور غير طبيعي في الصمام السليم الذي ينشأ عن شدة الحمى ومن الاتقياضات الغير المنظمة في القلب ولا يمكن تمييز هاتين الحالتين من بعضهما بصفة اللفظ المنفأخي السستولي مع التأكيذ ولوان الالفاظ الناتجة عن تغيرات جوهرية في الصمام تكون أكثر وضوحاً وشدة في الغالب من الالفاظ المعروفة بالالفاظ الدموية لمحتدلم يزل في التشخيص شك الى أن ينضم للفظ المذكور علامات تمدد البطين الايمن وامتلاء الشريان الرئوي (كما سبق) واتساع اصمبة القلب عرضاً واشتداد اللفظ الثاني من الشريان الرئوي أو ان يسمع لفظ دياستولي أيضاً فان هذا الاخير مهما كان كل من رعاوته وضعفه يدل على تغير جوهري دائماً ويكفي في تأكيد تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب في حد ذاته متى ظهر في مدة سير الروماتيزم المفصلي الحاد

وأصعب من ذلك التشخيص التمييزي بين التهاب الغشاء الباطن من القلب الحاد والمضاعف للروماتيزم المفصلي الحاد وبين آفة عضوية في الصمام لاسيما عدم كفاية علق الصمام التلقسوي الذي يوجد من قبل في مريض معتبره الروماتيزم المذكور فان هاتين الحالتين ليستا ببادرتين اذ قليل من الامر اضله ميل عظيم للنسكسات مثل هذا الروماتيزم بل كثيراً ما يوجد مريض قد اعتراهم من منذ طفوليتهم في كل سنة قوب كثيرة الطول أو قليلته من هذا المرض فان لم يكن الطيب قد لاحظهم من قبل ولم يبحث عنهم ثم وجد عندهم بالسمع متى اصابوا بآفة جديدة من الروماتيزم المذكور كور لفظاً فنجباً استوليا فحقيقة القلب ووجدت اصمبة القلب أكثر اتساعاً واللفظ الثاني من الشريان الرئوي أكثر اشتداداً ووضوحاً انهم الحال مالم تمكن اعراض تمدد البطين الايمن قد وصلت لدرجة لا يمكن تصور تعلقها بعدم

كفاية غلق الصمام الحاد وفي أحوال أخرى يمكن الوقوف على حقيقة الأمر بان يعرف هل بقي عند المريض عقب الذوب القديمة من الروماتيزم المفصلي الحاد ضيق في النفس أم لا

### (الحكم على العاقبة)

الحياة وإن قدرتها بالتهاب الغشاء الباطن من القلب الآن الحكم على عاقبة هذا المرض بالنسبة لذاته غير جيدة فإنه يكاد يتخلفه على الدوام اضطرابان تهددا للحياة بعد زمن كثير الطول أو قليله ولوفى الأحوال التي فيها يعرف من الابتداء وأما إذا ظهر هذا الالتهاب في الطبقة العضلية من القلب فيكون أقل خطر لكنه نادر ولا يمكن معرفته

والاعراض التي يستدل منها على الانتهاء الغير الجيدهى التي تعلن باشتراك الطبقة العضلية من القلب في الالتهاب وهي سرعة النبض الشديدة جدا وقلته امتلاء الشرايين ومن الاعراض انطوة أيضا بل هي أشد من الأولى القشعيرات والالام في قسم الطحال واتفاخه اتفاخا حادا والتي مظهرها الدم أو الزلال في البول واعراض الشلل الجانبي وغير ذلك من اعراض التغيرات الاتقالية

### (المعالجة)

لا يمكن اتمام الدلالة السيمية في معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب غالبا ويوجد بلاشك ارتباط سببي بين الروماتيزم المفصلي الحاد والتهاب الغشاء الباطن من القلب بان كان المرض الاول يزيد في الاستعداد لهذا المرض الاخير أو بان كان الارتباط السببي أشد من ذلك لكن مهما كان عدد الوسائط العلاجية الموصى بها في الروماتيزم المفصلي الحاد فلا يعقد عليه في ذلك كما ان الطبيب لا قدرة له على مقاومة داء بريكت والأمر اض الطعجية الحادة وغيرها من الأمور اعراض التسممية الانتشارية التي تحدث بالتهاب المذكور أو تزيد في الاستعداد له

وأما دالة معالجة المرض نفسه فهي وإن استدعت الوسائط العلاجية المضادة للالتهاب إلا أن هذه الوسائط خصوصاً القصد العام لا تجدي نفعا في هذا المرض وإن قال بمنفعة أطبائنا والآن كثير فإن القصد العام

وبقية تلك الوسائط متى اجريت بدون لزوم كالزئبق الخلو والمرهم الزئبقي على القول بانهما يتقصان تغضون الدم شديدة الخطر في التهاب الغشاء الباطن من القلب والحق مع المعلم (عبر) حيث قال ان اغلب المرضى الذين هم لكون عند اصابتهم به - هذا الالتهاب لا يهلكون من نفس المرض بل من المعالجة ولا يجوز استعمال الاستقراعات الدموية الموضعية الا في الحالة التي يكون فيها آلام في قسم القلب بل في مثل هذه الاحوال يوجد مضاعفة ملحقة لها واما التبريد الذي نستعمله بكثرة في التهابات الاعضاء الباطنة مثل استعماله في التهاب الاعضاء الظاهرة فلا يتجأ اليه الا في الاحوال التي تستدعيه أعنى التي فيها تكون ضربات القلب في حالة ثوران عظيم سيما وقد دلت التجارب في الرومانيزم المفصل الحاد على ان استعمال التبريد في الفاصل لا يحصل منه المنفعة قليلة جدا حينئذ أحوال التهاب الغشاء الباطن من القلب التي كانت خفية في السابق مع معرفتها الآن جيداً بواسطة المقرع والمسماع لم تحسن معالجتها بل ان شرع الطبيب في معالجة قاسية بعد الوقوف على حقيقة هذا فالأرقق بالمرضى عدم معرفة الطبيب لهذا المرض بالتسمع واما الدلالة العرضية فتستدعي التصدي العام في الاحوال التي فيها يوجد امتلاء دموى عظيم في الدورة المغرى مهدد حياة المريض فانه ينبغي في مثل هذه الاحوال المبادرة بتقيص كمية الدم مخافة حصول الاوذيميا الرئوية وكل من سرعة النبض العظيمة جدا وعلامات ضعف فعل القلب والساووز ونحو ذلك يستدعي استعمال الديجيتالا وان خيف حصول شلل في القلب وجب استعمال المنبهات

تنبيه استعمال هذا الجوهر الدوائى في مثل هذه الاحوال ينبغي أن يكون مع الاحتراز وعلى شكل منقوع متوسط الشدة والقصد من ذلك تطهير حركات القلب وتنظيمها انذاك يتلطف التهيج الميكانيكى الذي يعتري الصمامات الملتبسة عند غلقها وتجنب اتصال المواد السدوية من السطح الباطن للغشاء الباطنى من القلب

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب القلبي العضلى)

### ( كيفية الظهور والاسباب )

الجزء الذي يصاب بالتهاب من القلب في هذا المرض هي الالياف العضلية  
فتلين وتسترخي ثم تتلاشي وهذا التغير المرضي المفسد يصطبغ تارة بنق في  
الطبقة الغمدية من الالياف العضلية بحيث انه في اثناء امتصاص بقايا هذه  
الالياف عملاً المنسوج الخلوي المسافة الخالية وحيدة فيكون تيبس القلب  
وتارة تتلاشي الطبقة الغمدية المذكورة مع الالياف العضلية الاصلية  
وحينئذ تنشأ بؤرة في جدار القلب ممتلئة ببقايا المواد اللاشمية أعني خراج  
القلب ثم ان الالتهاب القلبي العضلي ليس بأمر الحصول فكثيراً ما نرى أثر  
هذا المرض في الاحوال التي تشاهد فيها آفات عضوية في العمامات القلبية  
المتخلفة عن التهاب في الغشاء الباطن من القلب فاسباب الالتهاب القلبي  
العضلي حينئذ معظمها كاسباب التهاب الغشاء الباطن من القلب فان أكثر  
الاسباب اتباعاً لهذا المرض هو الروماتيزم المفصلي الحاد وهذا الالتهاب ان  
حصل يتأثر بهذا المرض الأخير كان قاصراً على بؤرات محدودة من القلب  
وينتهي بتيبسها لكنه في بعض الاحوال يؤدي لحصول استئصال عمدة  
في القلب ينشأ عنها انورز يماز منة في هذا العضو وألتي تكون خراجات  
فيه وفي غالب هذه الاحوال التي فيها يصاب الالتهاب العضلي القلبي  
الروماتيزم المفصلي الحاد يعتبر امتداداً من التهاب الغشاء الباطن من القلب  
أو التهاب التامور وفي أحوال أخرى يكون هذا المرض أكثر امتداداً  
واقصاحاً من التهاب كل من الغشاء الظاهر والباطن للقلب فكله قائم بنفسه  
ويعتبر كل منهما كأنه امتداد له

وكذا آفات القلب العضوية المزمنة سيما آفات العمامات كثيرة ما تؤدي الى  
حصول هذا المرض وتكوين تيبسات في جدار القلب أكثر من التهاب غشائه  
الباطن

وكذا السدد السبارة الناشئة من بؤرات غفغرينية أو من السدد الذاتية  
الوريدية الملائشية للثة قد تصل أحياناً الى الشريان الاكليلي من القلب حينئذ  
يشاهد في الجواهر العضلي من القلب خراجات عديدة في جوفه مع خراجات  
أخرى في غير من اعضاء الدورة العظمى

وكذا التسهم العفن في الدم والتسهم المـ تطيل المدة جدا والقرصية  
المـ تطيل الخبيثة يفتح منها أحياناخراجات في القلب ولولم يثبت دخول  
سدسبارة في الدم

ومستحكام على الانتهاب القلبي العضلى الزهرى عند الكلام على الهاء  
الزهرى

وأما الانتهاب القلبي العضلى الجرحى فهو نادر جدا مثل التهاب الغشاء  
الجرحى الباطن من القلب

### \* (الصفات التشريحية) \*

يكاد يكون مجلس الانتهاب القلبي العضلى البطين الايسر مماقتسه وقال  
الطبيب (بديريك) انه يكاد يحصل = ثمة في الخارج القلبي العضلى تحت  
الاورطى مباشرة لكن أعمد القلب اللبية كثيرة ماتصاب بهذا المرض  
أيضا وذلك هم بالنسبة لحصول الاكفات العضوية في الصمامات القلبية  
ثم ان الجوهر العضلى في ابتداء هذا المرض يظهر ذلون قائما وأجر مسجرا  
لكن مما قليل يزول الاحتقان الوعائى وتضخم جارة لالياف العضلية  
ويصير الجزء المريض سنجيا لينا ويشاهد بالمكروسكوب ذوال الميازيب  
العرضية والطولية من الالياف العضلية ثلاثى الالياف نقشها واستقامتها  
الى مادة حبيبية رقيقة وكرات شمعية

ومن النادر مشاهدة الانتهاب القلبي العضلى في هذا الدور فان أكثر ما يشاهد  
انتهاء هذا المرض بورات كبيرة أو صغيرة غير منتظمة غالباً ومتفرعة ذات  
لون أبيض محمر أو أبيض فقط وذات تكاثف لى متميز فى الجوهر العضلى  
من القلب وفى بعض الاحوال يكون هذا الجوهر اللينى المتيسر ممتدا  
امتدادا عظيما فى جوهر القلب ومكونا للحدوة بالحدوة وفى مثل هذه الاحوال  
لا تناووم جدر القلب التى انتهت اعدها الاستحالة ضغط الدم فتعدو وحينئذ  
يتكون عنها انبعاث عبارة عن ورم أو نورزماوى قلبى حقيقى يتميز عن الورم  
النورزماوى المزمن للقلب الناتج عن التهاب غشائه الباطنى وهذه  
الجيوب النورزماوية يكون حجمها من القندقة الى بيضة لنداجة بل أزيد  
والحدوة الندية المتبعية تكون مـ ترقبة بسبب تمددها وأحيانا يرسب فيها

املاح ككسبة ولا يتدرأ أن يحتوى تجويفها على طبقات من مواد ليفية شبيهة  
بالبقي توجد في الاورام الانورزماوية في الشرايين وزيادة على ذلك يكون جميع  
القلب مقمدا وهذا القدد يحصل أيضا ولولم توجد انبعاثات أنورزماوية  
عقب الذئب العديدة التي تحصل في جدره وقد يحصل عن هـ هذه التغيرات  
الذئبية العظيمة متى كان مجلسها قريبا من محل منشأ الابه رتضابق في تجويف  
القلب (وهذا ما جعله تدريك بتضابق القلب الحقيقي)

وعند انتهاء الالتهاب العضلي من القلب يتكون خراج يأخذ بالجوهر العضلي  
في امتقاع اللون واللين شيئا فشيئا حتى تتكون بورة ممتلئة بسائل مصفر قهبي  
ومحاطة بالجوهر العضلي المذكور ويندر أن يتكيس الخراج ويحاط بجوهر  
ذئبي متيسر بحيث يحفظ مقصلا وان لم يطرا الموت يكاد يحصل انفجار فيه فان  
حصل انفجار الخراج في التامور نشأ عن ذلك التهاب فيه وان حصل هذا  
الانفجار في تجاويف القلب وصل مقصلا جوهر القلب المتلاشي الى الدورة  
ونشأ عن ذلك عدة تغيرات اقلية ثم انه بانفجار خراج القلب في باطن هـ هذا  
العضو يمكن ان يحصل تمزق اندغام العظام الابهريه واسـ تطرق قسمي  
القلب ببعضه ما بل ويمكن تمزق الجدار القلبي بتمامه وكذا بانفجار خراجات  
القلب فهو الباطن قد تنشأ انبعاثات في جوهره من ضغط الدم كاذ كرنا ذلك  
في المبحث السابق وعبرنا عنه بالورم الانورزماوي الحاد للقلب

### \* (الاعراض والسير)

الالتهاب القلبي العضلي يكاد لا يشخص دائما مدة الحياة مع التاكيد وحيث  
ان هذا المرض يكاد يضاعف كل حالة من التهاب الغشاء الباطن من القلب  
يسوغ لنا الحكم بوجوده متى أحس المريض بألم في قسم القلب فان هـ هذا  
الاحساس المؤلم لا يوجد مطلقا في التهاب الغشاء الباطن من القلب المحض  
لا سيما انه يحكم بوجوده من سرعة النبض العظيمة جدا وصغره وعدم انتظام  
فعل القلب لكن هذا الحكم ليس قطعيا

ويقوى الظن بوجود هذا المرض وان لم يصل لدرجة تاكيد تشخيصه متى  
طهرت في أثناء سير الروماتزم المقعـ الى الحاد ظواهر تدل على حصول تغير  
مرض في القلب ولم يدل البحث الطبيعي على وجود التهاب الغشاء الباطن

من القلب أو غلافه الظاهر فان انضم لذلك قشعريرات وآلام في قسم الطحال  
وظهر في البول مواد زلالية أو دموية وبعبارة أخرى انضمت التغيرات  
الاتقالية = نسب التشخيص درجة تقربهم التأكيد ومثل هذه  
الاحوال قليل

ومتى تكونت تيمينات عديدة في القلب وقد تبعها ذلك انضمت الظواهر التي  
ينهاها عند الكلام على عدد القلب وفي مثل هذه الاحوال لا يمكن معرفة  
درجة تأثير عدد القلب أو استحالته في بقاء الدورة وامتلاء الاوردة كما انه  
متى عرف عدم كفاية غلق الصمام القلبي وسوى وصار تشخيصه يمكن للطبيب ان  
يظن بوجود استحالته في الاعمدة السخمية للقلب وانها هي التي احدثت هذا  
المرض

وكل من التيمينات الممتدة في جدار القلب وضيقه الحقيقي والورم  
الانور زماوى المزمع يحدث كما قاله المعلم (تيدريك) جميع الاعراض الدالة  
على ضعف فعل القلب العضلى ضعفا عظيما فتصير ضربات القلب غير مدركة  
غالباً والنض الشريانى صغيراً جداً غير منتظم ومنقطعاً وينضم لهذه  
الظواهر تآثر سائر اعضاء عظام جداً واستسقاءات فان أريد تشخيص حالة  
مرضية من هذا القبيل وأمكن الطبيب ان يوجود آفة عضوية في الصمام  
تكون سببا لتوريع الدم غير الطبيعي وينشأ عنها مجموع الاعراض  
السابقة سابق لنا تصور وجود تيمينات منتشرة في القلب لكن لا يمكنه مطلقا  
تشخيص ذلك مع التأكيد ولو نفي وجود غير هذه التغيرات من آفات  
القلب العضوية كعدد القلب مع ضوره والاستحالة السخمية الممتدة  
فيه وغير ذلك

وأما اعراض خراجات القلب وتثقباته المحتشاة فلا يمكن أيضاً معرفتها مع  
التأكد الا نادرا جدا وذلك بظهور التغيرات الاتقالية العديدة بل  
والتشخيص هنا لا يكون كذلك الا تقريرا للعقل  
\* (المعالجة) \*

يكاد لا يمكننا التكلم على معالجة التهاب العضلى من القلب حيث ذكرنا  
ان تشخيصه مع التأكيد غير متيسر حتى انه في الحالة التي فيها يمكن تشخيص



هذا المرض أكيد لا يختلف عن معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب  
وليس للصناعة قدرة على تحليل التيسبات القلبية كما أنه لا يمكنها منع دخول  
السدد السارية عقب تشقبات خراجات القلب أو إيقاف تأثيرها فلا تكون  
المعالجة حينئذ إلا عرضية

• (في الآفات العضوية للصمامات القلبية) •

الآفات العضوية للصمامات عبارة عن التغيرات المرضية للصمامات التي  
يكون لها تأثير في وظائفها وفي توزيع الدم تبعاً لذلك وتعتبر الصمامات  
التي تحصل بدون اعراض مرضية ولها أهمية تشريحية مرضية فقط  
لا كإنبية ولا تسكك عليها في المباحث الأنشائية هي أولاً الضخامة  
البسيطة للصمامات وهذه توجد خصوصاً في الصمام القلبي بقرب حافظه  
السائبة على هيئة بروزات متكونة من نخولوى شبيهة بالهلام في صمام  
الشراقات السائبة من الحافة السفلى للصمام المتعلق بانقراجها غلق  
الصمام وانسداده تبقى مصونة عن الإصابة في تلك الضخامة بخلاف ما يحصل  
في التهاب الغشاء الباطن من القلب وما يعقبه من التغيرات المرضية فإن  
هذه الشراقات يحصل فيها تضخم وتكاثف والتواء وتلياس عظم الصمام  
الذي يعتبر به مع رقعة في جوفه رمقى حصل تعدد في فوهته وثالثاً تشقبات الصمام  
وهي عبارة عن شقوق صغيرة يضاوية الشكل كثيراً ما نشاهد في الصمامات  
بدون أن تعوق أقيام وظائفها

وأما التغيرات الرئيسية في الصمامات فهي التي يعبر عنها بعدم كفاية غلق  
الصمام وتضيقه وهاتان الحالتان كثيراً ما تصطبجان لكن الغالب أن تغلب  
أحدهما الأخرى ويعني بعدم كفاية غلق الصمام الأحوال التي فيها لا يكون  
للصمام قدرة على منع تقهقر الدم في التجويف الذي كان من وظيفته غلقه  
ففي أثناء انقباض البطين إذا لم يندفع جميع ما احتوى عليه من الدم إلى  
الأمهر أو الشريان الرئوي وتقهقر جزء منه إلى تجويف الأذين ثانياً يقال  
إن الصمام القلبي أو ذا الشراقات الثلاثة في حالة عدم كفاية غلقه وكذا  
في أمعاء موكه استرخاء البطين إذا رجع جزء من الدم الذي كان قد وصل إلى  
الأمهر أو الشريان الرئوي وتقهقر نحو البطين يقال حينئذ إن الصمام السببي

في حالة عدم كفاية غلق وأما ضيق الصمام الذي حقه أن يسمى ضيق فوهة الصمام فيعني به الحالة التي فيها يجد العمود الدموي المار مقاومة غير طبيعية بسبب ضيق الفوهة المار هو منها

والتأثير العمومي للاتفات العضوية من الصمامات وإن كان واحدا وهو بطء الدورة إلا أنه يختلف بحسب اختلاف مجلسها وتأثيرها في توزيع الدم فإن الجسم يمكنه أن يفعل تأثير بعض آفات عضوية صمامية زمانا طويلا دون البعض والذي يظهر لنا أن من الصواب عدم التكلم إجمالا على الآفات العضوية من الصمامات بل تكلم عليها تفصيلا كل على حدته وإن الجأنا ذلك إلى بعض تكرار فلا يتخلو من فائدة

وحيث أن كيفية حصول الآفات العضوية من الصمامات الأورطية أكثر بساطة من آفات الصمام القلبي وسوى واعراض الأولى أسهل بياناً من اعراض الثانية فلا بد وأن نبدأ بالكلام على الآفات العضوية من صمام الأورطي وكما أن الآفات العضوية من صمامات القلب الأيمن اندر حصولاً من صمامات القلب الأيسر فلا بد وأن تذكرها عقب تلك

• (المبحث السادس) •

• (في عدم كفاية غلق صمام الأورطي وقضابق فوهته) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

أما غلق الصمامات السيفية فانه يحصل بكيفية مختلفة عن كيفية محضه وأما الصمامات الأذينية البطينية فتحتاج في غلقها إلى فعل حبوي وهو الانقباضات العضلية في الأعدة اللحمية فإن لم يتيسر بضغط الدم في أثناء استرخاء البطين الأيسر انقراج حوائط الصمامات السيفية وتقريرها من بعضها بعد أن كانت منطردة فهو جدر الشريان في أثناء انقباض البطين تقهقر الدم في الأذين الأيسر وحينئذ يكون الصمام السيفي من الأبر في حالة عدم كفاية غلق وإن لم يتيسر للدم المنفذ من البطين الأيسر مدة انقباضه تباعد الصمامات السيفية من بعضها ودفعها نحو جدر الأبر ووقبت بارزة في قطر فوهته تكون ما يسمى بضيق فوهة الأبر أو بضيق الصمام الأبري وأقل مما ذكر حصول انكماش حلقة الدعام الصمام وذلك تنضابق

فوهته

والتغيرات المرضية التي ينفق عليها كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطى  
وضيقة تكون نتائج لتغيرات النهاية ويندر أن تكون التغيرات المذكورة  
ناشئة عن امتداد التهاب الغشاء الباطن من القلب الذي شرحناه في المبحث  
الرابع الى صمام الاورطى والغالب ان تكون ناشئة عن التهاب ذي سبب  
من من في الشرايين ينتهي بما يسمى اثر واما الشرايين اى ورمها الحقيقي ومن  
ذلك ينضج بسهولة ان الاغاث العضوية لصمام الاورطى اكثر ما تحصل في  
الس المتقدم جدا وان لم يكن ذلك على الدوام فان اثر ورم الشرايين فيه  
أكثر حصولا منه في سن الشبوية كما ان حصول الاغاث العضوية لصمام  
الاورطى يحصل حصولا بطيئا تدريجيا بسرعة كآفات الصمام القلبي  
العضوية التي تنشأ عن التهاب الغشاء الباطن من القلب  
(الصقات الشريحية) \*

مق. في الاثر بالماء بعد قطع القلب والشريان الابهرى واستخراجهما من  
الجثة امتلاء تاما حتى تتورج جدره ورسال الماء في البطين اهدم تقارب الحوائى  
السائبة من الصمام الى بعضها جاز الحكم بان الدم كان يتقهقرا بضمادة الحياة  
فيعتبر الصمام حينئذ انه في حالة عدم كفاية غلق

ثم ان التغيرات الشريحية التي ينفق عليها جعل الصمام غير كاف في الغلق  
هى في الغالب عبارة عن انكماش الصمام وقصره بحيث ان حوافه لا يلامس  
بعضها بعضا ولو انقرجت بضغط الدم عليها وانكشأ كل من فخذ الصمام  
وتبسطه على حدة يعوق غلقه اذ بذلك لا يكتفى ضغط الدم في انسراج الصمام  
ويكاد كل من هذين السببين يحصل في آن واحد ويندر أن يكون  
السبب المادى في عدم كفاية غلق الصمام كلا من التصاق الصمام مع  
جدار الشريان الاورطى وتمزقه أو انقصال أحد أجزائه الشريانية عن محل  
اندفاعها

ويوجد على الدوام في الجثة مع التغيرات المذكورة الكاتنة في منشا  
الشريان ضمامة دائرية في البطين الايسر عظيمة جدا بحيث يكاد لا يشاهد  
مثلها في أحوال أخرى فان فخذ جدر هذا البطين يمكن أن يصل الى

قيراط وتجويفها يسع قبضة اليد وقد ذكرنا فيما تقدم ان تعدد هذا البطن  
نتيجة ضرورية لضغط الشديد الذي يستمرى السطح الباطن لها مدة حركة  
الدياستول وان تضامنها نتيجة ضرورية لازدياد مجهوداتها العضلية متى  
انجبرت على دفع كمية زائدة من الدم واحتاجت لفعل مجهودات قوية ومعظم  
الاعراض التي توجد في عدم كفاية غلق الصمام تخص هذه التضامة العظيمة  
لجدار البطن الايسر وقد شرحنا في المبحث الاول التغيرات التي تحصل في  
شكل القلب عند ما تعثر التضامة الدائرية البطن الايسر وذكرنا ان باقي  
أجزاء القلب يعثرهم التضامة ايضا وان الحاجز القلبي يتدفع جهة البطن  
الايمن فيضيق تجويفه

واما ضيق الصمام الايسر فقد يكون عظيما جدا بحيث لا يمكن ادخال  
الخنصر في الفوهة المتضايقة والتغيرات التشريحية التي ينشأ عنها الضيق  
هي في غالب الاحوال عين نحن الصمام وانكماشه السابق شرحه سابقا  
فالصمام يمكن أن يكون في منشا الاورطي بروزات ذات مقاومة بحيث  
لا يمكن التيار الدموي مدة استول البطن دفع الصمام فهو جدار الشريان  
كما لا يمكن بضغط الدم مدة دياستول البطن تقرب الحواف الساتبة من  
الصمام الى بعضها وكذا قد ينشأ ضيق الصمام العظيم عن التصاق الصمامات  
السنية مع بعضها لاسيما كلما امتد الالتصاق نحو المركز والتولدات  
الصمامية المتباعدة تيسر فبما غرضها التي كثيرا ما تكون مجسدا لآفات  
كاسية تزيد في تضايق الصمام ان لم تحدثه بافتراده وذلك نادر

ثم ان البطن الايسر في احوال تضايق صمام الاورطي تضايقا بسيطا  
لا يعتبره ضغط قوي في أثناء الدياستول ولذلك لا يتعدا لكنه يكون مجبورا  
على دفع متحصلة من فوهة متضايقة تتزداد مجهوداته ولذا يعتبره التضامة  
قوية بني على ذلك اتفاني احوال ضيق الصمام نرى حصول تضامة بسيطة  
في هذا البطن بعكس ما يشاهد في احوال عدم كفاية الصمام فان التضامة  
فيها تكون دائرية

وحيث ان نفس الآفات العضوية للصمامات تحدث في اغلب الاحوال كما  
ذكرنا عدم كفاية غلق الصمام تارة وتارة ضيقه كما ان عدم كفاية غلق الصمام

نارة يكون هو المتغلب على ضيقه وتارة بالعكس فيحدث تقلبات قد يوجبها  
ما بين الضخامة البسيطة والدائرية العظيمة

\*(الاعراض والسبب)\*

اعلم انه كان حق كل من تضايق الصمام السيني للأورطى وعدم كفاية غلقه أن  
ينشأ عنه بطء في الدورة على الدوام وكان يترتب على ذلك قلة تكرار رجوع  
الدم الى الرئتين ثانيا فيكتسب بذلك صفة وريدية (فانه بكل حركة تستولية  
اما ان يندفع من البطين كمية قليلة من الدم او ان جزأ منه يرجع الى هذا  
التجويف ثانيا مدة الطباستول) وكان حق نتيجة ذلك ان يقبل الابهري هو  
وتفرعاته قليلا من الدم وان الدم يتراكم في الاوردة الرئوية ويركد فيها لانه  
يكون ممنوعا عن الانصباب في البطين الايسر وان الدورة الصغرى تكون  
مشحونة بالدم وممتلئة به وان الدم لا يجد له محلا كافيا في هذه الدورة لقلته قبول  
الأورطى له وانه يجمع أخيرا في أوردة الدورة العظمى فينشأ عنه لون  
سيانوزى واستسقاءات ونحوها ومع ذلك فكل هذا لا يحصل بالكلية عادة زمنا  
طويلا جدا وهذا ناشئ عن تضاد فعل ضخامة البطين الايسر وآفة الصمام  
وتضاد نتيجتهما أيضا فان الاولى تعادل التأثير المضر لآفة الصمام العضوية  
وتشلها او بذلك تتعادل آفة الصمام فكما أن آفة الصمام تحدث بطأ في الدورة  
وتصير الدم وريديا كذلك الضخامة تحدث سرعة في الدورة وتكسب  
الدم صفة شريانية وكما أن آفة الصمام تحدث تناقضا في امتلاء الأورطى  
فكذلك الضخامة تحدث ازديادافها وكما أن آفة الصمام تعوق استقراغ  
الأوردة الرئوية وتحدث امتلاء الدورة الصغرى بالدم فكذلك الضخامة  
تسهل استقراغ هذه الأوردة وتنتهض كمية الدم في الدورة الصغرى

ثم اتتني اعتبر فاما ذكر من الاحوال السابقة انضج لنا جيدا لماذا ان  
الاشخاص المصابين بالآفات العضوية عظيمة في صمام الأورطى متى كان عدمهم  
ضخامة في البطين الايسر معادلة لهذه الآفة العضوية الصمامية يكونون  
في الظاهر متمتعين بصحة جيدة حتى لا يوجد عندهم ضيق في النفس فان هذا  
عرض لا يفقد بالكلية في أحوال الآفات العضوية للصمام القلبي سوى وقد  
تستحي المرضى بخفة ان قلبي لكن ليس على الدوام كما تقدم ذلك وهنا على

المخصوص يستغرب من ككون المرضى لا يشتكون من ارتفاع جدر  
صدرهم واحيانا تظهر نوب آلام في الصدر والذراع اليسارى كما سنبين ذلك  
في مبحث الالم العصبى للقلب

ثم ان الحكة التسمية توجد في كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطى وضيقه  
وبالجمله فيختلف سبب اعراض كل من هاتين الحالتين او غلبة احدهما  
على الاخرى فانه في احوال عدم كفاية غلق الصمام تطرأ عوارض واطار  
تتشأ عن الضخامة الدائرية التابعة فان هذه الضخامة تعادل عدم كفاية  
غلق الصمام بالكيفية الاتية وهى انها تدفع موجه دموية عظيمة في المجموع  
الاورطى مدة السستول وبذلك يحصل في الايهر وتفرعاته ضغط عظيم جدا  
مدة انقباض البطين وهذا الضغط لا يعود الى حاله الطبيعى الا في اثناء  
الدياستول وذلك لان كمية الدم الزائدة عن العادة تنقهق في البطين اليسر  
من فوهة الصمام السكائة في حالة عدم كفاية غلق وفي الغالب تشتكى المرضى  
في مثل هذه الاحوال بدوار وآلام في الرأس وشرر أمام العين وفي احوال  
اخرى قد تهاك بنوب سكية ويندر ان يحصل عندهم نوب ضيق النفس  
وجميع هذه الاعراض والاطار لا تشأ عن آفة الصمام بل عن ضخامة القلب  
كما ينه في المبحث الاول وأما في احوال تضايق الصمام فان اعراض هوق  
المهورة تكون اعظم من اعراض الضخامة القلبية التابعة فالمرضى وان  
بقيت في حالة صحة فاهسرية زمنا طويلا ولم يحصل عندهم امتلاء عظيم  
في الاوردة الا انه يظهر فيهم اعراض قلة امتلاء الشرايين التي تظهر قبل  
اعراض امتلاء الاوردة فتكون ذات لون باهت ويظهر عندهم اعراض  
انيميا الدماغ ويعتريهم نوب انحاء بخلاف ما يظهر عند المرضى المصابين  
بعدم كفاية غلق الصمام من احتقان الدماغ والاستعداد للسكتات

والحكة التسمية المذكورة التي تشاهد عند المصابين بآفات في الصمامات  
الاورطية تنقد بعد استمرارها مدة من السنين وذلك يحصل غالبا فجأة فان  
ضخامة القلب اليسر لا يكون لها قدرة على تعادل آفة الصمام سواء  
اعترى الطبقة العضلية الضخمة من القلب ام تحالة مرضية وانضم لذلك  
عدم كفاية غلق في الصمام القلنسوى ناشئة عن التهاب مزمن في الغشاء

الباطن من القلب الذي كثيرا ما يضاعف آفة الصمامات وسواء ازدادت آفة صمام الاورطى نفسها او انضم لذلك اثر وما تمتد في الجموع الشرياني وبذلك تزداد عوائق الدورة فلا يكون للصمامات قدرة على قهر العوائق الدورية وحينئذ تظهر الاعراض التي ينهاها في ابتداء الكلام على الاعراض فيحصل للمرضى ضيق في النفس وتثقل أو ردة الدورة الصغرى بالدم و يظهر ككل من السيانوز والاستسقاآت وهي اعراض يتقدم ظهورها بسرعة في الآفات العضوية من الصمام القلبي وسوى ولذا نشرحه في المبحث الآتي

والمرضى تم لك اما باوذيما الرئتين أو بالسكتة الدماغية في أحوال عدم كفاية غلق الصمام أو بالسدد الدموية السيارة التي تنشأ عن آفات صمام الاورطى كما تنشأ أ كثر من ذلك عن التهاب العشاء الباطن من القلب والتهابه العضلي اذ في اغلب الاحوال التي فيها كان سبب الموت الجزئي في الدماغ سدا سيارا في الشرايين الكائنة في حفرة سيديميوس كان يوجد آفات في صمامات الاورطى

• (العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق صمام الاورطى) •

يستدل بكل من البحث بالنظر وبالحس على العلامات الخاصة لضخامة البطين الايسر فيوجد احيانا ارتفاع في قسم القلب وضربات هذا العضو تكون متزايدة غالباً اذ يزداد عظمها جدا بحيث ترتفع جدر الصدر في امتداد عظيم وتكون قوة القلب ممتدة الى أسفل بحيث تصل الى الضلع الثامن احيانا فمع تحولها جهة الوحشية ويستدل بالقرع على استطالة القلب ما لم تختلف بسبب امتداد القص الايسر من السكبة فلا تقصر معاومة مع التأكيد وبالتسمع يسمع حذاء المسافة الضلعية الثانية و لثالثة وعلى القص وساقية لقط مرضى بدلا عن الصوت الثاني من القلب ينشأ عن التوجات الغير المنتظمة والغير التامة للصمام الخشن ذي الشكل الغير المنتظم وقد يسمع فادرامع هذا اللفظ المرضي الصوت الثاني الطبيعي من القلب ولو وضع يفا وهذا يحصل في الاحوال التي فيها لم يزل احد الصمامات السينية الاورطية باقيا سليما فيتمتج عوجا طبيعيا بالدم القارع عليه وهذا اللفظ كثيرا ما يمتد بعيدا سيما في اتجاه الدم المتقهقر

في البطن فينثذسمع مع الوضوح على طول الحافة اليسرى في القص وفحو  
 الوحشية الى قبة القلب والمقط الاول في الاورطى ~~يكون~~ موجودا  
 في بعض الاحوال التي فيها يكون عدم كفاية غلق الصمام غير محبوب بضيق  
 فيه ولا يبروزات على السطح السفلى من الصمام ويكون قويا وفي اغلب  
 الاحوال يظهر هذا اللقط المصفاة الخاصة بتضايق فوهة الاورطى وأما اللقط  
 الاول من الصمام القلنسوى فانه يفقد في كثير من الاحوال ووجه ذلك المعلم  
 (تروية) بان البطن الايسر ياتي اليه الدم ويهرع من جهتين مدة الدياستول  
 فان الدم ياتي اليه من الاذين ومن الاورطى وحينئذ تصل جدره الى قوتر  
 أعظم من الضغط الواقع على الدم المنصب من الاذين وبذلك ينشأ ثمار دموى  
 متجه من البطن الى الاذين عكس سيره الطبيعي فيحدث غلق الصمام القلنسوى  
 في أثناء ~~مر~~كة الدياستول وقد يسمع أحيانا مع اللقط الدياستولى صوت  
 دياستولى ناشئ عن سرعة انغلاق الصمام القلنسوى وأما صوت الشرايين  
 الرئوى فانه يكون طبيعيا مالم توجد مضاعفات ومن العلامات الخاصة  
 بعدم كفاية غلق الصمام الاهبرى الظواهر التي تشاهد في الشرايين  
 الدائرية ولو كان معظمها ناشئا عن الضخامة الدائرية للبطن الايسر وذلك  
 ان الشرايين السباتية يظهر فيها نبضات واضحة قوية جدا وعند السمع  
 لا يحس بلغطين واضحين كافي الحالة الطبيعية (الذين ينشأ أولها عن تموجات  
 جدر الشرايين المتمددة من الموجة الدموية وثانيها ينشأ عن امتداد الصوت  
 من الصمامات السينية) بل يفقد اللقط الثاني وذلك لان الصمامات السينية  
 لا يحصل فيها اقتران طبيعىة أو يسمع بدلا عن هذا الصوت اللقط الذي  
 ينشأ في نفس الصمام السيني وذكر المعلم (عبرجر) أن الصوت الاول  
 في الشرايين السباتية يكون أصم أيضا أو يحمل محله لقط مرضى ووجه ذلك  
 بالتوتر العظيم في جدران تلك الشرايين وكذا الشرايين الصغيرة البعيدة عن  
 القلب يحس فيها بصوت واضح مدة تمددها ناشئ عن تموج جدرها ومن  
 العلامات الواضحة أيضا السير المتعرج في الشرايين الزندية والنبض الواضح  
 الذي يحس فيها وفي الشرايين التي أصغر منها وجميع هذه الظواهر ما عدا  
 اللقط الدياستولى المتمد في الشرايين السباتية يحمل أيضا في ضخامة



القلب الايسر العظيمة الغير المحسوسة به عدم كفاية غلق الصمام الاورطى الا انه ينضم اليها ظاهرة أخرى في الشرايين واصفة لآفة الصمامية العضوية التي نحن بصدد ها وهي زوال عدد الشرايين زوال الاسر يعا فان هذا التردد لا يسقر الا برهة قليلة جدا من الزمن وهذه الظاهرة المعروفة بالنقص السريع تنشأ عن كون الشرايين التي تتمدد في أثناء السستول البطيئ يستقرغ الدم منها مدة الحركة الدياستولية البطيئ من جهتين فهبط بسرعة وقد رأى المعلم (ترويه) في استقراغ الشرايين واسترخائها بسرعة مدة الدياستول وتوجيه الظاهرة الاتية من أنه في أحوال عدم كفاية غلق الصمام الاورطى العظيم جدا يسمع أحيانا في الشريان القنذلي صوت مزدوج وفي بعض الأحوال من هذا المرض تكون العلامات الطبيعية لضخامة القلب الايسر الحاصرية قليلة الواضح جدا فآفة القلب تفرع في المسافة الضلعية الخامسة أو السادسة وضربات القلب لا تكون رافعة بل در الصدر ومن أصيب بذلك من المرضى فانه يتشكى بضيق النفس لان آفة الصمام لا تكون متعادلة والرة ممثلة بالدم وليس عندنا توجيه كاف لهذه الظاهرة الاستثنائية

**\* (العلامات الطبيعية لضيق الصمام الاورطى) \***

بالبحث بالنظر والجس يستدل على علامات ضخامة القلب الايسر البسيطة فبضبات القلب تكون قوية وقته منخولة فهو الاسفل غير أن كلامهما ليس بنسبة در جتهما في عدم كفاية غلق هذا الصمام وعند الجس يحس بأزيز واضح حذاء الاورطى يصاحب حركة السستول وهذا الازيز يندرج جدا في عدم كفاية غلق الصمام وعند السمع يحس بلفظ مستولى حذاء الصمام الاورطى يكون واضحا جدا وعمدا اعتدادا عظيما بحيث يسمع في جميع سطح القلب بل وفي جميع سعة الصدر مغطيا لجميع الغاط القلب وفي أثناء حركة الدياستول البطيئ يندران يسمع صوت ضعيف بل الغالب ان تصطب هذه الحركة بلفظ مرضي فان ضيق هذا الصمام يندران يكون منفردا او اللفظ السستولي الاورطى عند غالبيا الى الشرايين السباتية لكن ليس على الدوام وكذا اللفظ الثاني من القلب لا يسمع غالبا في الشرايين السباتية وفي هذا المرض يكون النبض صغيرا سهل الانضغاط وليس ممثلة اصليا كما في عدم كفاية

غلق الصمام ويكون امتلاؤه بطيئاً بخلافه في الاخيرة فانه يكون سريعاً وكثيراً  
ما تكون ضربات النبض في الشريان الزندي غير موافقة في الزمن لضربات  
القلب بل تتأخر عنه وبجميع ما ذكر من صفات النبض ناشئ عن كون الموجة  
الدموية لا تمتد في البطين الا بسرعة واسطة القوة المتضايقة الى الشرايين  
الايطة ومعرفة ذلك من المهتم جداً في التشخيص وفي كرام العلم (تروية) ان قلة  
امتلاء الشرايين الاكليلية ينشأ عنها قلة انقباض الطبقة العضلية القليلة  
الدم فتتأخر سرعة النبض

### • (المعالجة) •

معالجة عدم كفاية غلق الصمام الاورطي هي عين معالجة ضخامة القلب  
مادام التعادل التام موجوداً فينبغي تجنب الافراط في الماء وكل المشارب  
والامتناع من المشاق الجسمية والعقلية بغاية الاحتراس وتجنب ما يحدث  
الاحتقانات في الدماغ بواسطة اللينات الخفيفة وأما القصد العام فلا ينبغي  
اجراؤه الا في الاحوال التي فيها يخشى حصول الخطر من ازدياد ضغط الدم في  
الدماغ لاسيما وان اجراءه يمين على حصول الاستحالة المرضية في القلب  
ويساعد على رقة الدم وسهولة حصول الاستسقاءات وأما تضايق الصمام  
الاورطي فانه يحتاج لوسايط مختلفة لما ذكرنا القصد من معالجته ليس ازالة  
الاحتقانات الدموية الخفيفة وتلطيف حرارة القلب بل القصد منها تقوية  
تغذية الجسم فيتعينها تغذية القلب بحيث ان انقباضاته تتم بقوة كافية  
تغلب على العائق الكائن في فوهة الصمام الاورطي فيؤثر للمريض  
بالاغذية الحيوانية المقوية وتعالج قليل من النيدود ونحو ذلك وهذه الامور  
يلتجأ الى اجرائها في هذا المرض بعكسها في عدم كفاية غلق الصمام فانه لا ينبغي  
استعمالها والاستقرار اثار الدموية لا يسوغ فعلها هنا بالكلية وأما  
الديجيتال فلا ينبغي استعمالها الا في الاحوال التي فيها يتبدل التعادل  
في التناقص وأكثر تأثيرها وأجودها في الاحوال التي فيها تكون ضربات  
القلب سريعة جداً بحيث ان البطين الايسر لا يكون له زمن كاف لاجل دفع  
محتواه في أثناء حركة الاستئول القوية من القوهة القصيرة

### • (المبحث السابع) •

\* (في عدم كفاية غلق الصمام القلبي وتضايق

الفوهة الأذينية البطينية اليسرى) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

عدم كفاية غلق الصمام القلبي ينشأ في معظم الاحوال بالكيفية التي  
بها يحصل عدم كفاية غلق الصمام الاورطي وفي احوال أخرى قد ينشأ عن  
تغيرات مرضية في الاعمدة اللحمية من القلب والوترية له بل هناك احوال  
يكون فيها الصمام القلبي في حالة عدم كفاية غلق مدة الحياة بدون أن  
يوجد فيه تغيرات مدركة في الجثة وأما تضايق الفوهة الأذينية البطينية  
التي كثيرا ما نشاهد مع عدم كفاية غلق الصمام القلبي فانه يحصل امان من  
انقباض الفوهة الصمامية وضيقها او من التصاق شرفات الصمام ببعضها  
او التصاق الاحبال الوترية

وأسباب هذا العيب في الصمام ناشئة غالباً عن التهاب الغشاء الباطن  
من القلب أو التهاب العضلي وينشأ عن التغيرات الالتهابية وما تترتب  
وإنما في الاحوال التي فيها ينضم الى عيب الصمام الاورطي آفة عضوية في  
الصمام القلبي تكون ناشئة عن شكل الالتهاب المزمن المسمى  
باللأثر وما تترتب

\* (الصفات التشريحية) \*

التغيرات التشريحية التي توجد في احوال عدم كفاية غلق الصمام  
القلبي عبارة عن قصر عظم في شرفات الصمام مع تضخم وتيبس فيها  
وكثيرا ما تشتمل على تراكمات كلسية مسطحة وتفتقدا لشرفات الرفيعة من  
حواف الصمام الدقيقة السائبة فهذه الأخيرة تكون حوية مخيطة متكاثفة  
منذ غماها الخيطية وترية ناشئة من الاعمدة اللحمية للقلب بحيث لا يوجد أثر  
من التفرعات الثانوية للاخيلة الدقيقة الوترية الناشئة من التفرعات  
الاولى ومنذ نمجة في شرفات الصمام وفي احوال أخرى يوجد بدلا عن هذه  
التغيرات أو معها تضيق في الصمام يصيب بالأكثر الاخيلة الوترية بحيث  
يتضخم بالنظر زيادة عن كونها مجلسا للتولدات المرضية التي سبق شرحها انما  
كانت تقلب في الاذين مع الصمام في أثناء حركة استئصال البطين بالندفاعها

بالتيار الدموي الذي يتقهقر في الاذين واندر من ذلك أن تكون الاعمدة  
 اللحمية ملتصقة بالصمام القلبي او ان الصمام نفسه يكون ملتصقا  
 بجدر القلب بحيث أن شرافاته لا يمكنها التقارب من بعضها وبالجمل قد يوجد  
 في بعض الاحوال استسجمات مرضية وتيسر عند في الاعمدة اللحمية  
 ويكون ذلك سببا لالفة العضوية التي نحن بصددنا وعند فقد تلك  
 التغيرات القشرية التي تدل على عدم كفاية غلق الصمام القلبي دلالة  
 أكيدة يغلب ويقرب للعقل ان الاعمدة اللحمية في مثل هذه الاحوال  
 تكون مجلسا لتغيرات غير مدركة ومن المهم معرفة التغيرات التي تظهر  
 في تجاويف القلب وجدره في أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلبي  
 فالاذين الايسر الذي يتقهقر الدم اليه ويرجع فيه مدة يستول البطيئ يكون  
 على الدوام متقدما زاردا عظيما وجدره نخبنة وكذا الاوردة الرئوية تكون  
 متقددة هي والشريان الرئوي وكذا القلب الايمن أعني البطيئ الايمن والاذين  
 الايمن يكون في حالة تمدد ايضا والبطيئ الايمن يكون مجهودا منه متزايدة يقع  
 في حالة ضخامة عظيمة جدا بحيث أن حرك جدره يصل الى فتح جدر البطيئ  
 الايسر بحيث لا يهبط جدره عند شقه كما في الحالة الطبيعية بل يبقى محل  
 الشق منقضا وتلك الجدر ذات مقاومة مثل جدر البطيئ الايسر ويكاد يوجد  
 على الدوام مع ذلك تمدد وضخامة في البطيئ الايسر الذي كان الدم يسيل فيه  
 مدة استرخائه بضغط متزايد

وكما أن شرافات الصمام القلبي تكون قصيرة في حالة عدم كفاية غلق هذا  
 الصمام تكون متضايقة في العرض في حالة تضايقه وانكماش الصمام في هذا  
 الاتجاه اوفوه هو السبب الغالب الذي يعاقب سيلان الدم من الاذين  
 الايسر الى البطيئ الايسر وحيث كان من الواضح ان الصمامات المنتفخة  
 تحجب اصابتها بالتهاب الغشاء الباطن من القلب المتكون فيها منسوج خلوي  
 جديد التكوين وان كملت في احد اتجاهاتها يكاد الصمام على الدوام  
 يكون أكثر قصرا وعرضا فينشأ عن ذلك عدم كفاية الغلق والتضايق في أن  
 واحد وفي أحوال أخرى تكون الحوائط السفلى من شرافات هذا الصمام  
 أو الاعمدة الرئوية ملتصقة ببعضها بحيث يكون هذا الصمام نوع قمع عرضه

فهو الإذين وقتخته الضيقة فهو البطين وضيق هذه القصة قد يكون عظيما بحيث يتعذر ادخال اغلة الخنصر فيها وكذا التولدات القطرية في الصمامات التي هي كثيرا ما تكون في أحوال عدم كفاية غلق الصمام على شكل ترا كانت متباعدة حلية مغطاة للصمام تعين على تضايق فوهته ~~وكذا~~ يوجد على الدوام في أحوال تضايق الصمام القلتسوى كل من الإذين الأيسر والأوردة الرئوية والشريان الرئوى والبططين الأيمن والأذين الأيمن مقسدا ووجدت التجاوب القلبية المتعددة يظهر فيها الضخامة التي تقدم شرحها وأما البططين الأيسر فيظهر فيه حالة مخالفة لما يحصل فيه عند وجود عدم كفاية غلق هذا الصمام فانه بدل أن يكون هنالك واقعا في الضخامة عندا يكون هنا غالبا ضيقا وجدره مسترقة أكثر من كونها مهيكة وقد تقدم توضيح هذه الحالة فان الضغط الذي يندفع به الدم في هذا البططين وان كان عظيما الا ان الضغط الواقع على جدره يكون خفيفا لان ازدياد القوة الدافعة يضعف بازدياد المقاومة الموجودة في الفوهة المتضايقة

### \* (الاعراض والسير) \*

نتيجة عيب الصمام القلتسوى بالنسبة للدورة وتوزيع الدم كان حتما ان تكون مثل النتيجة التي تحصل في عيب صمام الأورطى غير المتعادل متى لم يكن عيب الصمام متعادلا فانه في أثناء حركة السستول البططين عند عدم كفاية الغلق لا يندفع الجزء من الدم في الأورطى ويتهقر الجزء الآخر منه في الإذين الأيسر وفي تضايق هذا الصمام لا يهرع الاقليل من الدم الى البططين الأيسر ففي كلتا الحالتين كان حق كمية الدم المندفع أن تكون قليلة والدورة بطيئة وكذا أوعية الدورة الكبرى كان حقها أن لا يوجد فيها الاقليل من الدم فتستقبض بمرورها وكان حق الدم أن يكون مترا كفايا وعية الدورة الصغرى بدلا عن الكبرى ولو كانت أوعية الصغرى لا تقبل كمية الدم العظيمة لاحتبس الدم في أوردة الدورة الكبرى وجميع هذه الاضطرابات الدورية وتوزيع الدم يمكن تعادلها في أحوال عيوب صمامات الأورطى بواسطة ضخامة البططين الأيسر وكذا يمكن تعادل معظم الاضطرابات الدورية لاجتماعها في أحوال عيوب الصمام القلتسوى بواسطة ضخامة البططين

الايمان فان القلب الايمن المتعدد الواقع في الضخامة يدفع كمية عظيمة جدا من الدم بقوة عظيمة في أوعية الدورة الصغرى بحيث ان الدم الكاشف في الاوردة الرئوية والمهاط يجدر هذه الاوردة المتعددة يكون تحت ضغط قوى جدا فترتب على ذلك سيلان الدم ولو بقطع النظر عن تأثير الاذين الواقع في الضخامة بقوة وسرعة عظيمتين في البطن الايسر بحيث ان تأثير تضاييق الصمام يتعادل بالكلية فالدايمن الايسر يقبل كمية كافية من الدم ولومع التضاييق فلا تبطى الدورة ولا يتناقص امتلاء الاورطى وبهذه الكيفية يمنع امتلاء الاوردة الرئوية وتوزج درها تفقر الدم بكمية عظيمة ولومع عدم كفاية غلق الصمام بل يكون البطن الايسر مقدد ضغما في الغالب كما ذكرنا ذلك بحيث يمتلى الاورطى امتلاء كافيا ولومع تفقر كمية من الدم وبذلك تمنع ضخامة البطن الايمن بطء الدورة وقلة امتلاء الشرايين وكثرة امتلاء اوردة الدورة العظمى لكن هناك اضطراب دورى تمنع منه ضخامة البطن الايسر في أحوال عيوب الصمامات الاورطية ولا تمنع منه ضخامة البطن الايمن المعادلة في أحوال عيوب الصمام القلوسى وهذا الاضطراب هو الامتلاء العظيم لاوعية الدورة الصغرى واحتباس الدم فيها

وهذه الاستنباطات القسوى لوجية التى هى في الحقيقة مجرد تفهات طبيعية تطابق بالكلية المشاهدات الاكلينيكية فان المصابين بعيوب الصمام القلوسى يكونون على الدوام مضيق النفس عقب احتقان الرئة الشديد وحيث ان أوعية الشعب لا يعتر بها الامتلاء الدموى مثل أوعية الخلايا الرئوية فضيق النفس لا يكون على الدوام مصحوبا بجملة تزيية شعبة لكن حيث ان الشرايين الشعبية تتفهم مع الشرايين الرئوية وان جزأ من الدم يسيل من الاوعية الشعرية للشرايين الشعبية الى الاوردة الرئوية فلا بد وأن يتعم في كثير من الاحوال بل في معظمها الى مضيق النفس نزلات شعبة بالتدريج وفى هذا الزمن أو بعده في الدور الاخير من سير هذا المرض وهو الغالب يعلم ان هلك المرضى من أوديم الرئة الحادة وذلك متى أدى الاحتقان الاحتباسى في أوردة الدورة العظمى والقناة الصدرية الى وقفة في سائل الدم وحصل ازدياد في فعل القلب الايمن الضخم بواسطة مجهودات

جسمية أو غيرها من الاسباب

ثم ان المرضى المصابين بعدم كفاية غلق الصمام القلبي أو تضيقه يكونون  
مقتعين بحسب الظاهر بحالة صحية عامة نسبية ~~ك~~ المصابين بعيوب في  
الصمامات الاورطية ولذا بعد خطأ اعتبارا تلون السيانوزي عرضا ملازما  
لعيوب الصمام القلبي وفي أحوال تضيق هذا الصمام سيما المصوب  
بعدم كفاية غلقه يصبح التعادل بسرعة غالب الكثرة يكون غير تام وأقل  
ما هناك ان المرضى تكون ذات لون باهت لضعف امتلاء شرايينها لكن قلة  
محصل الشرايين لا تكفي في امتلاء الاوردة امتلاء عظيم بمدرك سيما وان  
جزأ عظيم من الدم يكون متجمعا في الدورة الصغرى

ثم بعد استقرار هذه الحالة مدة قصيرة أو طويلة من الزمن تتغير حالة المرض  
فان التضامة المعادلة للبطين الايمن حدودا معلومة لا تتجاوزها بخلاف عيب  
الصمام فانه يزداد بواسطة التهاب جديد في الغشاء الباطن من القلب أو ان  
تطرا أحوال التي ينهاها في المبحث السابق التي يصير بها التعادل غير تام  
فبذلك يقل امتلاء الاورطى وتفرعاته شيئا فشيئا ويناقص الافراز البولي  
وغل في الاوردة والاووعية الشعرية للجلد بالدم وتتلون الشفتان والوجنتان  
بلون مزرق وعوق استقراغ الاوردة الدماغية ينتج عنه ثقل في الرأس وألم  
فيه ونحو ذلك وينفتح الكبد بسرعة فتشتكي المرضى بضغط وامتلاء في المراق  
الايمن ويكون الكبد ورما مدركا بالفرع والجس يكاد يمتلئ الى السرة وقد  
يصير الاحتقان الاحتباسي في اوردة الكبد عظيما جدا بحيث ان الاوعية  
المعوية المتوترة تضغط على القنوات الصفراوية فيحصل احتباس الصفراء  
وامتصاصها وكذا الغشاء المخاطي للقنوات الصفراوية قد يكون مجلجا  
لالتهاب تزداد عقب احتقانه الوريدي الاحتباسي فالمواد المخاطية المتكونة عن  
ذلك يمكن ان تانسد المسالك الصفراوية وتحدث امتصاصا في الصفراء وحينئذ  
يتلون الجلد بلون مصفر خفيف وباختلاطه باللون السيانوزي يكسب  
المرضى قلوفا مخضرا وكذا يظهر في كل من الغشاء المخاطي المعدي والمعوي  
حالة نزلية عقب احتقانه الاحتباسي فتنتفخ الاوردة الباسورية ويؤدي  
الاحتقان الاحتباسي في اوردة الرحم الى اضطرابات في الحيض وغير

ذلك وعند ارتقاء هذا الاحتقان في أوردة الكليةين لدرجة عظمى تظهر  
 اضطرابات في إفراز البول كالتي تنشأ عن ربط الأوردة الكلوية فالبول  
 القليل يحتوي على زلال وكرات دموية واسطوانات ليفية أي فضيحة وهي  
 عبارة عن منطبع القنوات البولية المكروية كويبة المدفوعة بالبول  
 وستكلم على أهميتها المشخصة عند الكلام على أعراض الكلية وكذا  
 يتراكم الدم في الأذين الأيمن متى تناقص فعل التعادل للبطين الأيمن فيمتلئ  
 هذا الأذين بجلط دموية منعقدة تعطل في الأنابيب جلات الكاثنة بين أعده  
 للحمية وتغظم شيئاً وإن اندفعت إحدى هذه الجلطات الدموية بواسطة  
 التيار الدموي وسبغت في الدورة الصغرى نشأ عن ذلك سد سيارة في فروع  
 الشرايين الرئوية العظيمة فينتج عن ذلك السد الدموية كما ذكرناه في  
 المبحث السابع من الفصل الثالث موضحاً واحتقان الأوردة الاحتسابي  
 يفتج عنه زيادة عن ذلك العرض المهم الملازم لعيب الصمام القلبي عنده  
 استقراره زمن أطول وهو الاستسقاء والذي يعين على حصول ذلك كما رخصناه  
 فيما تقدم هورقة الدم لاسيما تناقص المواد الزلالية منه أي فقر الدم منها  
 وفقر الدم هذا يسهل توجع بالاحتقان الاحتسابي الذي يمتد عند عروق  
 انصباب الدم الوريدي في القناة الصغرى واحتقان القناة الصغرى وية  
 الاحتسابي يفتج عنه ولا بد عروق في وصول عناصر التكوين العضوية إلى  
 الدم ويكاد يمتدئ الاستسقاء على الدوام في الأطراف خصوصاً حول الكعبيين  
 ومنهما يمتد إلى الساقين والفخذين تدريجاً إلى أعضاء التناسل الظاهرة  
 والمنسوج الخلوى تحت جلد البطن وبالهلة يمتد إلى باقي أجزاء الجسم وكذا  
 التجاوب المصلية تصير مجسداً لتجمعات استسقاوية فيحصل استسقاء زرق  
 وصدرى وتامورى وقد تفضى عدة سنين من ابتداء ظهوره هذا الاستسقاء  
 حول الكعبيين حتى يصير عموماً وبه تمام المرضي غالباً وفي أثناء هذه المدة قد  
 تحسن حالة المرضي تارة وتناقل وتنفع الأقدام تارة وتارة لا وفي  
 أحوال أخرى يحصل للمرضي هلاله سريع من وقت تاهور الآثار  
 الابتدائية للاستسقاء وفي كثير من الأحوال يظهر عند ارتقاء الارتشاح  
 الأوديموي في الأعضاء التناسلية الظاهرة والجملة الانسية من الفخذ وغير



ذلك من الاعضاء التي لا يراها العين في حاله تضيق عظيم ولا يدرك أن يكون سببا في غفيرة الجلدة المنتشرة وبالجمله اذا ظهر عند المريض استسقاء صدرى أو نامورى حارته في اشد درجة من اليأس فان عسر التنفس يرتقى الى اعلى الدرجات فلا يكون للمريض قدوة على الاضطجاع في فراشه الى أن يلا السائل المسمى بجميع الخسلايا الرئوية وبانشعان الدم ببعض الكربون يحصل عنده خلل يكون سببا في هذبه أقله في الساعة الاخيرة من الحياة ومعظم المرضى وان هلك بالاستسقاء وأذيعا الرئتين فديم لك عدد قليل منهم بنتائج التغيرات الانتقالية أو السدد الدموية في الرئتين أو بأعراض أخرى تطرأ عليهم ومن العسر أن يحكم في كل حالة راحة على درجة مساعدة داء بريكت المضاعف في الموت السريع وعلى كل حال فاجل الزلالى يساعد في حصول الاستسقاء سواء كان ناشئا عن داء بريكت أولا

• (العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق الصمام التندوى) •

بالنظر والجس يشاهد ويحس بادتجاج عظيم بل وارتفاع ثم انخفاض في جميع امتداد جدار الصدر الملاصقة للبطين الايمن الواقع في الضخامة وقة القلب يكون متحولا الى الوحشية فهو الخط الابطى وساقط الى الاسفل بقليل ومع ارتجاج الصدر يحصل أيضا ارتجاج منتظم في القسم الشراسيى وجميع هذه الاعراض قد ذكرت عند التكلم على الضخامة القلبية اليمنى الخاصة بها وبالقرع ينضج كذلك امتداد أصممة القلب عرضا كما تقدم وبالتسمع يحس حذاء منة القلب بدلا عن الصوت الاول من القلب بلفظ مرضى ناشئ عن القوتجات غير المنتظمة للصمام فانه يكون خشنا غير مستو وعلى حالة لا تسمع له بالقوتجات المنتظمة الطبيعية (راجع ذلك في مجنت التهاب الغشاء الباطنى للقلب) وقد يقوى هذا اللفظ عند التسمع فهو الوحشية والاعلى منة القلب فان البطين الايسر يتزعج عن جدار الصدر بواسطة البطين الايمن الواقع في الضخامة وتتكون اذئ الثقة القلب من البطين الايمن وحيث ان اللفظ الثانى من القلب فوق البطين يمتد بواسطة الشرايين فقط فلا تظهر فيه تغيرات مرضية عند عدم كفاية غلق الصمام القلتورى المحض وتكون ألقاط القلب فوق منشأ الاورطى ضعيفة

وقوة عالية فوق منشأ الشريان الرئوي سيما اللفظ الثاني ولهذه القوة من هذا اللفظ أهمية تشخيصية سيما عند مقارنتها بقوة اللفظ الاول بل وقد يحس في أثناء دياستول البطين عند منشأ الشريان الرئوي بقرع واضح ولا يحصل مطلقا بض وريدي حقيقي أعني عدد ادور يا وريدي في أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلبي البسيط أعني الغير المضاعف بعيب مرضي في الصمام ذي الشراقات الثلاثة وأعمالا لا يندران يشاهد غلج في الاوردة الودجية مطابق لمركبة استول البطين وهذه الظاهرة تنشأ من كون القرع القوي للعمود الدموي الذي به يرجع الصمام ذو الشراقات الثلاث يمتد بعيدا في هذا العمود فانه أي العمود الدموي يمتد من أعلى هذا الصمام الى الاوردة الودجية ولا يكون منقطعاً الا بالصمامات الوريدية الرقيقة وهذه الاخيرة وان أمكنها منع تفهقر الدم لا يمكن أن تهوق رتجاج العمود الدموي الوريدى الممتد الى الاوردة الودجية كما ذكره (بهرس)

• (العلامات الطبيعية لتضيق الصمام القلبي) •

بالنظر والجس يستدل هنا أيضا على علامات التضخمة الدائرية من القلب الايمن وضربات القلب لا تكون شديدة القوة هنا كما تكون في عدم كفاية غلق هذا الصمام فان القلب الايسر في هذا المرض لا يكون مشتركاً في التضخمة وزيادة على ذلك يحس غالباً في هذا المرض بأزير خفيف بقوة القلب أكثر مما يوجد في عدم كفاية غلق هذا الصمام ويسمى هذا الازير بقراءة القطط وهو ظاهرة تسبق حركة ضربات القلب وتزول بسرعة عند حلها وقد تكون واضحة جدا حتى انها تدرك من خلال الملابس ولو الخفيفة وهذا اللفظ وأصف لتضيق الصمام القلبي بحيث يكاد يمكن في تشخيصه وعند السمع يكاد يحس على الدوام بقوة القلب بلفظ ممتد طويل في أثناء دياستول فان الدم يمر في الحالة الطبيعية من فوهة هذا الصمام بدون أن يحدث لغطا احتكاكيا واما اذا مر الدم بقوة من هذه الفتحة المتضيقة فانه يحدث لغطا احتكاكيا يكون أكثر وضوحا كلما كان مرور الدم مريعاً وكان السطح الصمامي المار عليه خشنا وعدم الاستواء وحيث ان الدم يحتاج لزمن طويل لكي يمر من الأذين الى البطين ويملأ من الفوهة

التضايقة لهذا الصمام كان اللفظ الناتج عن تضايق هذا الصمام أكثر طولا  
من جميع الاغاط المرضية للقلب بل انه يشغل جميع الفترة ويمتد الى اللفظ  
الستولي الذي يقطع هذا اللفظ وينتهي ولذا قال المعلم (ترويه) ان  
اللفظ المتقدم على الستول في قبة القلب عرض واضح لتضايق الصمام  
القلنسوي وان فقدت الخشونة الموجودة في هذا الصمام المتضايق وكان  
التضايق قليلا وكية الدم متناقصة فقد هذا اللفظ ويسمع بجواره الصوت  
الثاني من القلب المتدبواسطة الشرايين اذا كان هذا اللفظ غير واضح جدا  
واستماع صوت القلب الاول ولقط مرضي بدلائفه يتعلق بقابلية غلق هذا  
الصمام والصوت الثاني المتمد في الشريان الرئوي يكون هنا قويا ايضا

### • (المعالجة) •

ليس من الممكن بأي كيفية ازالة العيوب المرضية للصمام القلنسوي بواسطة  
الطرق العلاجية وكذلك ليس لنا قدرة على ازالة التضامة التابعة للبطين  
الايمن بقطع النظر عن كونها ذات تأثير جيد معادل بالنسبة لتوزيع الدم  
فالمعالجة حينئذ لا تكون الاعرضية موجهة نحو الظواهر المرضية السكثيرة  
الوضوح والخطر

وأما الاحتقان الرئوي فهو نتيجة ملازمة لعيوب الصمام القلنسوي وكلما  
كان تعادل هذا الصمام تاما كان الاحتقان الرئوي عظيما ولا يمكن منع  
حصول هذا الاحتقان ولا تخفيفه مطلقا تصحينا مسعرا وانما متى صار هذا  
الاحتقان شديدا جدا وكانت الاوديما الرئوية التابعة له مهددة بالحصول  
وجب فعل معالجة قوية مع الاقدام والتأمل في هذا الامر ضروري جدا  
فان الواسطة العلاجية المؤثرة في الاحتقان الرئوي وهو القصد العام  
وان كان يعدل الخطر الوقفي الا انه واسطة خطيرة للغاية بالنسبة للمرضى فانه  
ولو مع امتلاء الاوردة امتلاء عظيما لم يمكن قد حصل ارتشاح المصل  
في المنسوج الخلوي تحت الجلد قبل القصد لكن بعده بقليل ترجع كمية الدم  
الى حالتها او تصير سائل الدم رقيقا جدا بحيث انه يرتشح في المنسوج الخلوي  
تحت الجلد ولو كانت حالة الضغط الباطني الوعائي التي لم يرتشح بها باقية على  
ماهي عليه ولذا كانت العلامات الابدائية للاستسقاء العمومي تنضج بعد

أول فصد غالباً ومع ذلك فهذا الاعتبار لا يمنعنا من فعل القصد مادام حفظ  
الحياة الوقتي متعلقاً به (راجع مجت الاحتقان والاوزيميا الرئويتين)  
وعندنا واسطة قوية بجيدة التأثير في تلطيف الاحتقانات الرئوية بل وطواهر  
الاحتقانات الاحتباسية في الدورة العظمى التي تظهر في أثناء سير عيوب  
الصمام القلنسوى وهى الديجتالاول وهذا يقال على الخصوص عند وجود  
احتقانات احتباسية فائتاً ان أمكايته حركات القلب بواسطة الديجتالاول  
اكتسب الاذين زمناً كافياً في دفع محتضله في البطين من الصمام المتضيق  
وقد تيسر لنا بتأثير هذا الجوهر الدوائى احداث استطالة في حركة انقباض  
تجاويف القلب وانبساطها بحيث ان اللفظ المرضى الذى يسمع حذاء  
القلب يصير منفصلاً عن اللفظ السستولى التالى له بفترة واضحة كما ذكره  
(ترويه) بمعنى ان هذا اللفظ لا يصير متقدماً على حركة السستول وبذلك  
يحصل عند المرضى سكون وراحة واضحة فيصير التنفس مريحاً لا يزال استفاخ  
الكبد ويناقص كل من اللون السيانوزى والاستسقاء وقد شاهدنا  
زوالهما في بعض الاحوال زوالاً تاماً بل وقد شاهدنا في أحوال عدم كفاية  
غلق الصمام القلنسوى سيما متى كانت حركات القلب سريعة في السنين  
الاخيرة التي هم اقد صار اعطاء الديجتالاول بقدار وافر مع الاقدام وتخلصنا  
من أسر نظريات المعلم (ترويه) تناقص كل من الاستسقاء والسيانوز استفاخ  
الكبد أو زواله بالكليته مع ازدياد غزير في الافراز البولى وذلك بعد استعمال  
منقوع الديجتالاول مرات فقد تحقق لنا انه باعطاء الديجتالاول يمكن ارجاع  
واعادة قوة التعادل بعد ان صارت غير تامة مدق من الزمن وكذا يستعمل  
كل من الزرنينج والانتيمون في أحوال عيوب الصمام القلنسوى بالمقادير  
التي سبق ذكرها

ومن المشكول فيه جداً كون الوسائط العلاجية المدرة للبول لها أدنى تأثير  
في الاستسقاء عند المصابين بأمراض في القلب والديجتالاول أحدثت  
ادراكاً في البول فذلك ينسب ولا بد لتحسين اضطراب الدورة واحداثها  
لامتلاء قوى في الشريان الاورطى والشرايين الكلوية تبعاً لذلك هى  
والثلايف الوعائية لهافظ (مليجي) فالواسطة الدوائية التي يمكنها

أحداث ازدياد في الاقرازالبولي المتناقص عند المصابين بأمراض في القلب  
ينبغي أن يكون لها ولابد تأثير في الدورة على العموم مثل الديقثالا وأنهم  
تحدث تمددا في الاوعية الشريانية للكليتين بحيث يهرع لها كمية عظيمة من  
الدم من الاورطى القليل الامتلاء وأنهم أخيرا تحدث تغيرا في جدر  
الاوعية بحيث تصبح كالمصفاة الواسعة فيخرج منها كمية عظيمة من السائل بسرعة  
ومع ذلك فلا يجوز ترك استعمال كل من طرطرات البوردق والكربونات  
القلوية وبصل العنصل عند تناقص الاقرازالبولي وتزايد الاستسقاء العام  
تدريجيا مادام العمل جاريا باستعمال هذه الجواهر الدوائية

وعلى كل حال فتأثيرها بالقسبة لادرار البول والاستسقاء عند المصابين  
بأمراض القلب غير واضح وغير كبير القابضة

وأما الاستحضارات الحديدية والاعذية المشقولة على مواد زلالية وغيرها من  
العناصر الأولية في التغذية فأنها ذات تأثير جيد ولا بد بالقسبة للاستسقاء وقد  
ذكرنا فيما تقدم أنه لا يمكن تناويعه التأثير الجيد الذي تحدثه الاستحضارات  
الحديدية في تركيب الدم وهو عبارة عن ازدياد كراته الحمراء ومواد الزلالية  
لكن من المعلوم أن القصد كما يبين على حصول الاستسقاء بحد ذاته رقة  
في الدم كذلك الاستحضارات الحديدية والاعذية الكثيرة الأزوت لها تأثير  
مضاد لحصول الاستسقاء لأنها تصير سائل الدم أكثر كثرة ولا ينبغي  
الاهتمام باستعمالها في معالجة عيوب الصمام القلبي والاورطى

والمعالجة العرضية التي يصير اجراءها بهذه لكيفية مع اعتبار ادوار  
المرضى ينتج عنها نتيجة جيدة بخلاف غيرها من انطرق العلاجية فلا طائل  
فيه بل مضر البتة

### • (المبحث الثاني) •

• (في عدم كفاية غلق الصمام السيفي وتضيق فوهة الشريان الرئوي) •  
حيث يكاد التهاب الغشاء الباطني من القلب مدة الحياة خارج الرحم لا يصيب  
القلب الايمن وكان اثره وما الشريان الرئوي من النواذر كما من الواضح أن  
عيوب صمام الشريان الرئوي لا تشاهد في فوهة هذا الشريان الا في أحوال  
نادرة جدا فان هذه العيوب العضوية للصمامات تكون على العموم نتيجة

لأحد هذين التغيرين المرضيين وعدم كفاية غلق الصمام السيفي للشريان  
الرئوي ينشأ عن نفس الامور التي ينشأ عنها عدم كفاية غلق الصمام  
الاورطي والاحوال القليلة من تضايق الصمام التي صار شرحها لم تكن  
قاصرة على فوهة هذا الصمام نفسه بل كان معظمها عبارة عن تولد ندي  
حلق في المخروط الشرياني للبطين الايمن واعراض عدم كفاية غلق صمام  
الشريان الرئوي يظهر انهما متعلقة بالضخامة الدائرية للبطين الايمن كما ان  
اعراض عدم كفاية غلق الصمام الاورطي تكون متعلقة بالضخامة  
الدائرية للبطين الايسر وكية الدم التي كانت محتوية عليها الرئتان  
في الاحوال القليلة المشاهدة من هذا المرض كانت متزايدة لامتناقصة وقد  
ظهر في اثنا عشر عدم كفاية غلق هذا الصمام كل من ضيق النفس والسدد  
الدموي الرئوي بل والسل الرئوي ويظهر ان تضايق فوهة الصمام الرئوي  
لا يتم تعادلها بواسطة ضخامة البطين الايمن التابعة بحيث ينضم اليه بسرعة  
علامات كل من زيادة امتلاء اوردة الدورة العظمى والسيانوز والاسهقاء  
ونحو ذلك

ثم ان تشخيص العيوب المرضية لصمام الشريان الرئوي لا يتأتى الا بواسطة  
البحث الطبيعى فان الاضطرابات الوظيفية التي تحصل في هذا المرض تسمح  
بتوجهات متعددة ويوجد في كلتا الحالتين الاعراض المتكررة كرها  
الدالة على ضخامة البطين الايمن سيما في حالة عدم كفاية غلق الصمام  
ويجس عند التسمع بلفظ مرضى في محاذاة مفص الشريان الرئوي (أعنى  
فوق غضروف الصلح الثالث اليسارى) وهذا اللفظ يسمع في أثناء حركة  
الاستئول عند تضايق الصمام وفي أثناء الدياستول عند وجود عدم كفاية  
غلق فيه وهذه الالفاظ المرضية تحصل بعين الكيفية التي تحصل بها في صمام  
الاورطي وهي تتسمع الموضح فوق البطين الايمن والجهة العليا اليسرى  
من الصدر ولا تسمع في الشرايين السباتية ويقبى الثانى والاحتراس عند  
تشخيص هذا العيب المرضى الصماحي لانه نادر الحصول جدا والتأكد من  
كون اللفظ المرضى المحسوس بالتسمع في مقابلة الشريان الرئوي أكثر  
وضوحا في هذا الصنف أو بمقدار من الاورطي

ثم ان معالجة العيب المرضي لصمام الشريان الرئوي لا تكون الاعرضية  
أيضا وينبغي فيها اتباع الوسايط العلاجية التي ذكرناها في المبحثين السابقين  
بالنسبة لمقاومة العوارض الخطرة الناتجة عنه

### \* (المبحث التاسع) \*

\* (في عدم كفاية غلق الصمام ذى الشراقات الثلاث وتضايق فوهته) \*

قد كان يعتبر سابقا ارتكبا على أمور نظرية كقوة وجود عدم كفاية غلق  
هذا الصمام وجودا نسبيا فانه كان يوجد عدد عظيم جدا في فوهة هذا الصمام  
وكان يظن أن الصمام ليس له قدرة على غلقها لكن في الواقع ان عدم كفاية  
الغلق التسمية الماز كورة لهذا الصمام ان وجدت كانت من النواذر فان عند  
عدد القوحة وانساعها يستعرض الصمام ويستطيل ويصير كافيا في الغالب  
في غلقها ولو تعددت وكذا يندرجون تغيرات مرضية أولية ذاتية في الصمام  
ذى الشراقات الثلاث كتمته وانكاشه والغالب انها تكون مصاحبة  
لعيوب مرضية في الصمام القلبي سوى بل قد اعتبر الشهير (بجبر) ان  
اصطحاب عيوب كل من الصمام القلبي وذى الشراقات الثلاث هو  
أغلب هذه العيوب وجودا وقد شاهدنا بجله مرات انكماشاً قليلا في الصمام  
ذى الشراقات الثلاث مصاحباً للتضايق عظيم في الصمام القلبي سوى

ثم انه في أحوال عدم كفاية غلق الصمام ذى الشراقات الثلاث يقطع النظر  
عن تضايقه النادر جدا يحصل تهقر في الدم من الاوردة الاجوفية أثناء  
حركة السستول البطيئ وحيث ان البطيئ الايمن يكون غالباً واقعا في  
الضخامة عقب وجود آفة في الصمام القلبي سوى كان حصول هذا التهقر  
في الاوردة الاجوفية بقوة عظيمة فتعد تلك الاوردة وكذا الاوردة الودجية  
عدد اعظيما وتصبح صمامات الاوردة الاخيرة التي تمنع من تهقر الدم في  
الاوردة الودجية عندما تكون في مجرىها الطبيعي غير كافية في منع تهقر الدم  
فيها عند تمدد تلك الاوردة فيمتد تهقر الدم منها حتى يصل الى الاوعية العنقية  
فالنبض الواضح المحسوس في الاوردة الودجية المتعددة عرض واحد  
لعدم كفاية غلق الصمام الاذيني البطيئ الايمن وقد يشاهد في بعض أحوال  
من عدم كفاية غلق هذا الصمام نبض واضح في اليكبد سيما القيس اليساري

منه وهذه الظاهرة يظهر ان بعضها متعلق بنض في الوريد الاجوف السفلى  
عند الى الكبد وبعضه متعلق بنض في أوردة الكبد نفسها وازيادة على ذلك  
يحص بانض مرضى يستولى واضح في الجزء الاسفل من القفص وهذا اللفظ  
وكذا النض الوريدي يستدل منه على حقيقة التشخيص وينبغي هنا  
التأكد ايضا من كون اللفظ أكثر وضوحا في هذا الصنف وليس محتملا من  
الاورطى أو من البطين الايسر  
وحيث ان عدم كفاية غلق الصمام ذى الشراقات الثلاث ينتج عنه أشد  
احتقان احتباسى في أوردة الدورة العظمى كان عيب هذا الصمام أسرع  
استجابا لنوزل الاستسقاء

### \*(المبحث العاشر)\*

\*(في الاستسقاءات المرضية للجوهر العضلى من القلب

والتولدات الجديدة والطبقية فيه)\*

\*(الصفات التشريحية وكمية الظهور والاسباب)\*

أما لين الجوهر العضلى من القلب واسترخاؤه وهشاشته بحيث يكتسب حالة  
نصف تضيق فلا يندر أن توجد في جثة المرضى الهالكين بالتيفوس أو التسمم  
العفن من الدم أو الحى النفسانية ونحو ذلك ولا يوجد تغير مادى مدرك  
في جوهر القلب ويبنى الاحتراس في اعتبار القلب المتغير بواسطة التعفن  
المرى واقعا في الين مدة الحياة ودرجة التعفن التى يكون عليها باقى الاعضاء  
هى التى يرتكن اليها فى التمييز بين هاتين الحالتين

وأما الاستسقاءات الشجمية فى القلب فتتقسم الى شكلين وهما أولا تزايد الطبقة  
الشجمية الكائنة على السطح الظاهر من القلب فى الحالة الطبيعية تزايدا  
عظيما وثانيا الاستسقاء الشجمية لتفكس الليفات العضلية فى الحالة الاولى  
يوجد على القلب سيماء على مسير الشرايين الاكليلية وحواى القلب وفى  
الميزاب الذى بين تجاويقه طبقة شجمية سمكها نصف قيراط أحيانا والطبقة  
العضلية من القلب الكائنة أسفل الطبقة الشجمية تكون أماغلى حالتها  
الطبيعية أو واقعة فى الضمور مستدقة بسبب الضغط الواقع عليها من الشحم  
وقد يحصل ضمور الطبقة العضلية فى بعض الاحوال أثناء تكون الجوهر



الشحمي بدون أن يكون غوه عظيم جدا فتمو الشحم حيثئذ يكون واقعا على  
 الجوهر العضلي للقلب نفسه بحيث أن جدر القلب الحافظ لسمكها الطبيعي  
 تتكون من منسوج شحمي ثم ان التكون الشحمي العظيم للقلب  
 يصاحبه التكون الشحمي العام بكثرة سيما عند التقدم في السن ولومع  
 سلامة البنية وكذا تشاهد هذه الاستحالة عند المصابين بالسرطان وغيرهم من  
 المصابين بسوء قذبة أخرى سيما السكرارى وأما الحالة الثانية وهي الاستحالة  
 الشحمية لالاف العضلية فهي عبارة عن استحالة تلك الالاف المذكورة بالكلية  
 وباختلاطها مع بعضها يتكون عنها نقط شحمية عظيمة وبذلك يتغير لون  
 الجوهر العضلي من القلب ويستحيل الى مادة سهلة التمزق عميقة رخوة  
 والاستحالة الشحمية من القلب تكون نارة عمدة الى أجزاء عظيمة وتارة  
 قاصرة على بعض أجزاء محدودة سيما العضلات الحلية وقد تكون ظاهرة  
 من ظواهر الضمور الشيخوخي مصاحبة للقوس الشيخوخي والاستحالة تمتد  
 في جدر الشرايين وتحت ذلك كما تصاحب احوال التمزق التي تظهر عند  
 المصابين بالسرطان اوداء بريكت وتحت ذلك كما ان كلامنا من تعظم الشرايين  
 الالكيلية وضغط الانسكاب التامورى بل والضغط الواقع على القلب من  
 التكون الشحمي السابق ذكره يمكن ان يؤدي لاستحالة شحمية في الطبقة  
 العضلية من هذا العضو وبالجملة فننبه على الاستحالة الشحمية في بعض أجزاء  
 القلب الواقعة في الضخامة عند وجود عيوب مرضية في الصمامات القلبية  
 أو انقزيماتوية وكيفية ظهور هذا الشكل الاخير غير واضحة وليس لها  
 شبه وأما الاستحالة الشحمية للجوهر العضلي من القلب عقب التغذية  
 الرديئة أو الضغط وتحت ذلك فلها شبه بالنسبة لحصولها في غير هذا العضو  
 من الاعضاء الرديئة التغذية ولا يندر أن تشاهد استحالة بجمتية في الالاف  
 العضلية من القلب (وهي الضمور المستقر في القلب) وهيئة هذه الاستحالة  
 كالاستحالة الشحمية غير انه بدلا عن الكرات الشحمية تظهر جزئيات  
 مصفرة بجمتية وتتحصل بالاسباب السابق ذكرها  
 وأما الاستحالة النشوية للجوهر العضلي من القلب فانها تظهر تبعالروكنسكي

فأحوال ضخامة البطين الايمن من القلب ونشأ عنها هيئة دهنية في سطح  
 الشق من القلب وتيسر في جدره وهذا يعتلئ بمسند الالياف العضلية بمواد  
 قليلة المعان تظهر بتأثير الجواهر الكشافة فيها خواص الاستمالة النشوية  
 وهي التلون بالزرقة عند اضافة محلول اليود أو حمض الكبريتيك  
 المنخفض اليها

وأما سرطان القلب فلا يشاهد الا نادرا عند وجود تولدات سرطانية منتشرة  
 في الجسم او انه يمتد من الحجاب للنصف اومن التامور الى القلب ويكون  
 أوراما محدودة كالاورام الضخامية او السرطانية المسودة تبرز الى الظاهر او  
 الى الباطن بل ويمكن ان تنمو في تجويف القلب وفي أحوال أخرى سيما التي  
 فيها يمتد التسكون السرطاني من الاعضاء المجاورة الى القلب يعتري بعض  
 اجزاء متمسدة من جوهر هذا العضو استمالة سرطانية (وهي الارتشاح  
 السرطاني من القلب) راجع الارتشاح السرطاني من الرئة

وأما الدرن فيكاد لا يحصل في الجوهر العضلي من القلب والمواد الجينية  
 المصفرة التي توجد احيانا في جوهره لا ينبغي اعتبارها درنا وستسكلم عليها عند  
 الكلام على التهاب التامور واما التولدات الطفيلية فالذي يشاهد منها  
 في جوهر القلب هو الايكاس الميدانية بكمية عظيمة في عضلات أخرى من  
 الجسم والديدان الخويصلية ذات الكلاب

### \* (الاعراض والسير) \*

رخاوة جوهر القلب عقب التسفوس وغيره من الامراض الطفيلية تنقص  
 بالطبيعة فعل القلب كما انها تحدث فيه تمدا ولا تعرف مع التأكيد الا في هذه  
 الحالة الاخيرة فان وجدت ضربات القلب عقب مرض من ذلك ضعيفة جدا  
 وكانت اصحية هذا العضو متزايدة وجب ان ينسب ~~كل~~ كل من صغر النبض  
 وظواهر الاستسقام والتعقدات العموية الذاتية في الاوردة القلبية الى تغير  
 مادي اعتري جوهر القلب وان لم يثبت تمدد القلب فيبقى الشك يكون بطء  
 الدورة وقلة امتلاء الشرايين ناشئا عن التهوكة العامة او عن استرخاء جوهر  
 القلب

وأما التسكون الشحمي على القلب فله اعتبار عظيم عند العوام في توجيه

قصر النفس وغيره من مكابدات ذوى البطون العظيمة أبواب البنية السجينة  
ومنى لم يحدث تكون الشحم على القلب ظهورا في جوهرة العضلى يظهر انه  
لا يحدث أدنى اضطراب ونطبي في هذا العضو وان حصل ذلك كان القلب  
متقددا غالبا فتحصل الظواهر المرضية التى ذكرناها في تعدد القلب وضخامته  
الدائرية

وأما الاستحالة الشحمية لجوهر القلب وظهوره المسمر فأنها تضعف فعل  
القلب كاسترخائه وزيادته على ذلك فأنها تكون في كثير من الاحوال سببا في  
تعدد وعند امتداد هذه الاستحالة تحصل اضطرابات في الدورة وتوزيع الدم  
كما ينأ ذلك مرارا فيشاهد ضعف في قوة ضربات القلب ونقص صغير بطي  
كثيرا ما يكون غير منتظم ومقطعا وفي بعض الاحوال يوجد عند المريض  
ميل للانغماس بسبب قلة ورود الدم الشريانى الى الدماغ ولا سيما السيانوز  
والاستسقاء ما لم تكن كمية الدم غير متناقصة ومن العسر الحكم معرفة  
تأثير الاستحالة الشحمية في القلب وتعدد بالنسبة لمجموع هذه الاعراض سيما  
السيانوز والاستسقاء ويرد ادعس فوجيه ما ذكرنا وجمع هذه الاستحالة  
وتعدد القلب فحينئذ في التامور ونضع تامورى وغيرهما من المضاعفات  
التي تحدث ضمنا في فعل القلب ايضا وقد تقدم ايضا تلك الاحوال وكذا  
العلامات الدالة على الضخامة الحقيقية للقلب واستحالته الى ضخامة غير  
حقيقية بواسطة الاستحالة الشحمية للالياف العضلية ويبنى اعتبار  
الاستحالة الشحمية للاعتماد العميق في القلب من جملة الامور التى يفتقر عنها  
عدم كفاية غلق الصمام القلبي سوى أذى الشرايات الثلاث وأما تفرق  
القلب بحقب مكابد جوهرة العضلى للاستحالة الشحمية فستتكم على ما في  
المبحث الاخير

وأما الاستحالة القسوية لجوهر القلب فلا يمكن الحكم بها مع الجزم ولو في  
الاحوال التى فيها يسهل معرفة هذه الاستحالة في السكبد والطحال والكليتين  
بحيث لا يمكن الا الزعم بوجودها

وأما سرطان جوهر القلب ودرته وتولداته الطبقية فأنها تحدث اضطرابا  
في فعل القلب لكن ينبغي اعتبار تلك الامراض من جملة الامراض التى

بتعذر تشخيصها

### • (المعالجة) •

أما استرخاء جواهر القلب الناتج عن تغيرات مرضية حادثة فانه يستدعي استعمال الوسايط العلاجية التي بها تحسن التغذية العامة كما تقدم ذلك مرارا ومع ذلك تستعمل المنبهات الخفيفة سيما النيبذونقوه والمرضى الذين يوجد عندهم غرق عظيم في الشحم بسبب الشره والافراط في التغذية وينظن فيهم تراكم الشحم على القلب ينبغي ارسالهم الى مياه كرلس باد وماريه باد وترسب ونحوها من المياه الطبيعية اذ من المعلوم انه في أثناء المعالجة بهذه المياه يتلاشى الشحم من الجسم بحيث ان ملابس هؤلاء المرضى تقسع عليهم لكن التوجيه الفسيولوجي لتأثير هذه المعالجة ليس معلوما بل ولم يرتق الى درجة النظريات

وفي أحوال الاستحالة الشحمية والجمتية في القلب يقتصر على معالجة عرضية وعندما تكون تلك الاستحالة ظاهرة من ظواهر النهوك العامة يقتصر على تدبير غذائي مقوواستحضارات دوائية مقوية أيضا اذ بذلك قد يمكن ايقاف هذا الداء ولم يمكن زواله بالكلية

ولاي يمكن التكلم على معالجة الاستحالة الشوكية في القلب ولا مرطانه ولادرنه ولا تولدانه الطفيلية سيما وان معرفة تلك الاحوال المرضية لا يمكن مطلقا مع التأكد

### • (المبحث الحادى عشر) •

#### • (في تمزق القلب) •

ليس المراد هنا التكلم على تقرقات الاتصال الجرحية من القلب وانما التكلم على تمزقه المعروف بالذاتى فنقول ان القلب السليم لا يتمزق مطلقا مما كانت شدة انقباضاته واما في احوال سهولة تمزق جلوده فيمكن ان انقباضاته الشديدة تكون هى السبب الانتهاء للتمزق الحاصل فيه والسبب الغالب في تمزق القلب الذاتى هى الاستحالة الشوكية لهذا العضو ويندر أن يفتح ذلك عن التهاب طبقة العضلية او عن تكون خراج في جداره او الانوريزما الحادة او المزمنة في القلب وبما ان الامراض المذكورة تعتري في الغالب

البطين الايسر والاشخاص المتقدمين في السن فكذا تمزق هذا العضو  
وعند فعل الصفات التشرىحية يوجد غلاف القلب ممتلئاً بالدم وان كان  
التمزق ناشئاً عن الاستحالة الشهيمية شوهد فيه شكل غير منتظم ذو حواف  
ملتصاً من الظاهر بخلاف الطول وفي عرق هذا الشق يكون جوف القلب  
ممتسكاً وقد يكون هذا الشق ممتلئاً في جميع عمقه بمواد دموية منعقدة وقد  
توجد شقوق عديدة

ثم انه في معظم الاحوال يحصل الموت فجأة بعد تمزق القلب حالاً في اثناء ازدياد  
فعله وانقباضه وتارة بدون سبب معلوم ويكون حصول الموت بظواهر  
التزيف الباطني ومع ذلك يظهر ان ضغط الدم المنسكب على القلب يسرع في  
حصول الموت ومن النادر ان تسبق اعراض التزيف الباطني زمناً قليلاً  
بالام أسفل القص تشع شعور الكتف والذراع اليساريين وكذلك يندران  
تعبش المرضى بعض ساعات عقب تمزق القلب ويظهر ان ذلك يحصل في  
الاحوال التي فيها يكون الانسكاب ابتدئاً بقط قليلة من خلال جدار القلب  
المتمسكة الى ان يعظم الشق وهنا تضع ظواهر التزيف الباطني بل وقد يمكن  
معرفة انسكاب الدم في باطن التامور بواسطة القرع

\*(المبحث الثاني عشر)\*

\*(في التعقيدات الليفية في القلب)\*

يندر فتح الجثة بدون وجود تعقيدات ليفية في القلب سيما في نجاوية الياف  
وتكون تارة مصفرة ومتكونة من مواد ليفية فقط انفصلت عن سائل الدم  
وتارة تكون حمراء لاحتوائها على كرات دموية ولا يندر كذلك مشاهدة  
تعقيدات دموية مشابهة للدم المنعقد المتصل من القصد بحيث يظهر على  
سطحه غمامة ليفية ضخمة المنظر والجزء السفلي مكون من دم متعقد حممر  
وهذه التعقيدات الشبيهة بالجلط المتفاوتة الثخن المائنة للقلب تكون متصلة  
بأخيلة ليفية عمدة في الاوعية الغليظة على شكل ديدان وقد تكون متشعبة  
بالاعدة الضخمة من القلب بحيث تنقطع عند نزوعها ولا تكون متصلة  
التصاقاً متيناً بالغشاء الباطن من القلب وهذه التعقيدات الليفية المعروفة  
بالبوليبوس الكاذب وبالبوليبوس القلبي انما تنشأ بعد الموت وفي اثناء

النزع ويعظم تكونها في جثث البهائم والطيور وأغبرها من  
الامراض التي يكون فيها الدم محتويا على المواد اللبغية بكثرة ومع ذلك  
فوجود مثل هذه التعقدات اللبغية العظيمة من القلب لا يدل مع التأكيد  
على الصفة اللبغية للدم بل أن تكونها يتعاقب في الغالب بنوع حركة النزاع  
فكلما كانت مستطيلة بطيئة واستطال روج الدم في القلب بدون اندفاعه  
منه كانت التعقدات الدموية أعظم حجما وكان تشبها بالاعمدة العممية  
عظيما

وفي أحوال آخر يظهران التعقدات الدموية اللبغية تكونت قبل الموت  
برمن طويل فتكون المادة اللبغية قد دقت مرونة المواد اللبغية الحديثة  
الانقضاء ولعائنها بل تكون يابسة جافة مصفرة ويكون التصاقها مع الغشاء  
الباطن من القلب قويا وقد يشاهد في باطنها تالاش وفساد فتكون على هيئة  
عجينة قيحية مصفرة أو مسمرة أو على هيئة مادة جبنية مصفرة وليس الحاصل  
هنا تقيصا بل نوع فساد منه لا تعتبر المكرات الدموية العديسة اللون كرة قيحية  
وبالجمله يشاهد في القلب دوا سبب لبغية على شكل مادة مستديرة مخبئة في عظم  
حب الشهيد الخ أو الفسدة وهي ماسماه (لينك) بالتولدات القطرية  
الكريه فان بحث عن أصفار تشبه بالادقة وجد أن هذه التكوينات الكرية  
ذات جذور متعددة تمتد نحو الباطن متشعبة بين الاعمدة العممية وهي عبارة  
عن مشاهد هذه التكوينات القطرية وأما الشكل الكريه فخصوه فيما بعد  
انما هو بواسطة الرواسب اللبغية على تلك التعقدات الأولية وأحيانا  
يوجد في باطنها التالاش والفساد السابق ذكره بحيث انها تكون على هيئة  
جيوب محتوية على مادة مسديرة وأما الرواسب اللبغية التي تتكون على  
الأصفار الغير الملساء من الغشاء الباطن للقلب عقب أصابته بالتهاب أو عند  
وجود آفات عضوية في الصمامات عند الإصابة بالروماتزم الحاد والمزمن  
والنتائج الخطرة التي تنج عنها أحيانا فقد سبق الكلام عليها

ثم إن التعقدات اللبغية التي تحصل قبل الموت برمن طويل وتسمى  
بالبيوبوس القلبي الحقيقي فهي انما تنشأ عن انقباضات القلب الضعيفة ولذا  
توجد في الأشخاص المنهوكين نارة ونارة أخرى عند المرضى المعتر بهم

استحالات مرضية في القلب وحمل تكونها يكاد يكون على الدوام  
الجيوب السطحية بين الأهددة التي تمتد عند استرخاء القلب واستحالتها  
استحالة مرضية بحيث أن الدم يركب فيها ونعقد عند ما تكون الانقباضات  
غير تامة وفي الأحوال النادرة تكون السدة السيارة نواة للتعقدات  
الدمية

ثم أن التعقدات التي تحصل في أثناء النزح ليس لها أدنى أهمية أكليفيكية  
وأما التعقدات القديمة التي تحصل قبل الموت بزمن طويل فقد تكون بدون  
أعراض لكن قد يحصل عنها ضيق أحدها فوهات القلب أو منع حركة أحد  
الصمامات فتحدث اضطرابات دورية عظيمة لكن لا يسهل نسبة الأعراض  
الناشئة عن ذلك إلى ضيق أو عدم كفاية غلق والحكم عليه بالدقة بمعنى أنه  
لا يمكن تمييزها عن آفة عضوية في الصمام ناشئة عن التهاب في الغشاء الباطن  
من القلب سيما وأنه يوجد بجوار تلك التعقدات الدقة غالباً تغيرات قلبية  
أخرى كالتهاب التامور والالتهاب العضلي من القلب وآفات عضوية  
صمامية حقيقية وإنذار بوليبيوس القلب غير جيد فأنه من جهة متى وجدت  
ازدادت بهمها بتراكم طبقات ليفية عليها ونج عنها اضطرابات دورية عظيمة  
تزداد شيئاً فشيئاً ومن جهة أخرى أنها بانفصالها يمكن أن يخنق وقوفها  
وسدها لأوعية غليظة كما هي عادة السدة السيارة

\*(المبحث الثالث عشر)\*

\*(في العيوب الخلقية للقلب)\*

\*(كيفية الظهور والأسباب)\*

أكثر العيوب الخلقية للقلب تنشأ ما عن عرق في التكون (بمعنى أن القلب  
يبقى مستقراً على حالة كانت طبيعية مدة الحياة) داخل الرحم) أو أنه اثنج عن  
التهاب في الغشاء الباطن من القلب والتهاب طبقته العضلية التهاباً يحصل  
في الحالة الجنينية أيضاً وأسباب كل من عوائق التكون والالتهابات الحاصلة  
في الحالة الجنينية مجهولة لنا ويهدد من العيوب الخلقية للقلب الناشئة  
بالكيفية الأولى التكون الغير التام للعاجز القلبي ومن الثانية الناشئة عن  
التهاب الغشاء الباطن في القلب أو طبقته العضلية التضيقات النديية

في القلب وكذا عدم كفاية غلق الصمام وتضايقه الخلقيين وهذا يوجد في القلب الايمن غالباً كما ذكرنا سابقاً الذي تنسقد اصابته بالالتهاب العضلي والغشاء الباطني بعد الولادة

وعين ذلك يقال بالنسبة لعيوب الوضع الطبيعية من القلب فانها قد تنشأ عن عوق في التكون بان يكون نحو كل من الاضلاع والقص والترقوة غير تام بحيث ان القلب لا يكون مغلف في امتداد متفاوت منه الا بالاجراء الرخوة وفي أحوال أخرى تكون متعلقة بالتمابات في اثناء الحياة الجنينية بها تتكون التصاقات بين القلب والاعضاء المجاورة

وأما كيفية حصول تحول القلب فهو الجهة اليمنى من الصدر فمجهولة بالكلية وفي هذه الحالة يكون وضع القلب في الجهة اليمنى من الصدر وحينئذ يكون السكبد غالباً في المراق الايسر والطحال في المراق الايمن ونحو ذلك

### • (الصفات التشريحية) •

اما عيوب القلب الطبيعية التي فيها لا يمكن اقرار الحياة وبها تموت المرضى عقب الولادة حالاً أو بعد هابر من يسير جداً فانهم ليست من تعلقات علم الامراض الباطنية والمعالجة بل من متعلقات علم التشريح المرضي ومن هذا القبيل فقد القلب فقد تماماً أو به مرض تجاوبه وفي أحوال العيوب القلبية الخلقية التي فيها يتيسر بقاء الحياة زمناً قليلاً بعد الولادة توجد جميع تجاوب القلب متكونة ولو ان نحو البعض فيها غير تام وفي اغلب الاحوال يكون كل من الابر والشريان الرئوي ضامراً او غير متكون بالكلية فان كان ذلك مع شريان الرئوي انصب الدم من القلب الايمن الى القلب الايسر بدون واسطة فان الضمور المذكور يصعب على الدوام فتكون غير تام في الخارج القلبي وحينئذ فالاورطى يمر منه الدم الى الرتين بواسطة الشرايين الشعبية المتقدمة أو بواسطة قناة بوتال التي تكون فيها تيار دموي مخالف لما يحصل في الحياة الجنينية وأما ان كان الاورطى متضيقاً أو مسدداً أعلى فوهة القناة البوتالية فانه لا يمر فيه الا الدم المتجهم نحو الرأس أو الاطراف العليا وحينئذ يمر الدم الى النصف الاسفل من الجسم والاطراف السفلى من الشريان الرئوي بواسطة قناة بوتال وان كان الاورطى مسدداً



في محل منشئه من الدم من البطين الايسر الى البطين الايمن لان الحاجر يكون  
مفتقرا بحيث يوصل الشريان الرئوي الدم الى جميع اجزاء الدورة العظمية  
ان كان الحاجر بين البطينين غير تام التكوين شوهد ~~كان~~ كالا من  
الاورطى والشريان الرئوي ناشئ من بطين واحد وان كان الحاجر متبعا  
فهو الايمن او اليسار بكثرة صار البطين الايسر والايمن عظيمًا وحيدًا فشا كل  
من الجذعين الشرييين العظيمين من البطين المتسع وأما البطين الضامر  
فانه يدفع مضملة الى البطين الاخر من الحاجر المنفتح وفي أحوال نادرة جدا  
يوجد الاورطى ناشئا من البطين الايمن والشريان الرئوي من البطين الايسر  
وكذا شوهد هذا الاختلاف بالنسبة للأوردة المتقزمة مع القلب ولا حاجة  
الى التطويل فيما يخص هذه الاختلافات

وأما كل من عدم كفاية الفلق وتضيق القوهرات القلبية والتضيقات  
النسيجية لهذا العضو الناتج من التهاب الغشاء الباطن والعضلى من القلب فانه  
يتميز بميلته في القلب الايمن عما يماثله من التغيرات التي تعرض بعد  
الولادة

ومن التغيرات القلبية الاهمية التي ليس لها تأثير على الدورة التقدر  
المختلف العظم في حواجز القلب وليس مضاعفات ولا نتائج للتغيرات  
السابق شرحها بل يحصل باقتراده ويعتبر عائقا في التكون المجهول الاسباب  
فمن ذلك ما يوجد في الثقب اليساوى عند فتح الخنق من الفتحات التي تكون  
على هيئة شقوق رفيعة وعظيمة بدون ان ينتج عن هذه التغيرات اذى عرض  
من الاعراض وقد يوجد ايضا في حاجر البطينين تغيرات من هذا القبيل في  
الجزء العلوى من هذا الحاجر الذي يكون رقيقا جدا عند الاصحاب بدون ان ينتج  
عنها اعراض مده الحياة

وفي الاحوال المتقدمة من تغير اوضاع القلب الذي يكون فيه جبر عظيم  
من جدر الصدر أو القلب مفقودا وفيه يكون وضع القلب في البطن  
أو العنق لا يمكن استمرار الحياة لكن قد توجد أخصاص مفقود عند هاجر  
صغير من الجدر العظمية للصدر أو شق صغير في القوس وتعتبر مع ذلك زمنا  
طويلا فان الجلد يغطي التقدر الحاصل والمرضى لا يوجد عندهم الاقليل

## \* (الاعراض والسير) \*

لوانما للتأثير الذي تصدده العيوب الخلقية من القلب في الدورة وتوزيع  
الدم ولاختلاف ذلك أكثر هذه العيوب حصولاً وأهمها أثنى التي فيها  
يكون الاورطى والشريان الرئوى ضاهاً وهو بطينه بحيث ان الدم يمر الى  
البطين الايمن من الخارج المنفتح ويصل الى جميع أجزاء الجسم والرئتين  
بواسطة الشريان الغير الضاهاً لاتضح تماماً سابقاً ذكره من الاضطرابات  
الدورية وتوزيع الدم وضوحاً كافياً

وهو ان الدورة يحصل فيها بقاء الدم الذي يمكث في الجسم تبعاً لذلك زمناً  
طويلاً ويقل عوده الى الرئة لا بد من انشغاله بجمض الكربون بحيث انه  
يكتسب صفته وريضية عظيمة جداً فان سرعة الدورة تتعلق بكمية الدم التي  
تتدفق في كل حركة نسبية فان فقد الاورطى والشريان الرئوى وكان  
لا يوجد في القلب الافوطة واحدة يخرج الدم منها كانت الكمية المتدفقة  
من الدم قليلة جداً ولو كان البطين الدافع واقفاً في الضخامة وزيادة على  
ذلك لكان الامور الضرورية المترتبة على وجود تغير عضوى خلقي في القلب  
ان الدم الجارى في شرايين الرئتين وشرايين الدورة العظمى يكون مكوناً من  
اختلاط الدم الوريدي بالشرياني بحيث ان أعضاء الجسم تغتذى بدم ليس  
تقيام الكربون وهذه الحالة التي هي طبيعة كما هو المعلوم بالنسبة  
للحيوانات الباردة الراحقة هي وبطء الدورة السابق ذكره فوجه جيد اجملة  
من الظواهر التي توجد في احوال عيوب القلب الخلقية حالة انحدور  
والخدر وضعف القوى العقلية وضيق الخلق ولا سيما انقطاع درجة الحرارة  
وتولدها

ومن الواضح ايضا انه متى كان ورود الدم الى اوعية الدورة العظمى والصغرى  
من بطين واحد سواء اليميني او اليساري يكون ولا بد امتلاء الشرايين قليلاً  
جداً وان قلت امتلاء الشرايين يقترب عليها ولا بد امتلاء عظيم جداً في الاوردة  
وطبقاً لذلك نشاهد انه يوجد مع صغر النبض ضيق عظيم في التنفس  
ولا سيما اللون السيانوزى وهو عرض ينتج على الدوام كما ذكرنا من

عظم امتلاء الاوردة بالدم وتراكمه فيها لكن السبانوز ان كان يحصل على  
الدوام من تراكم الدم في الاوعية والاوردة الشعرية الا ان الدرجة العظمى  
منه ينبغي أن يكون لها سبب آخر وهو الصفة الوريدية للدم الموجود في  
الشرايين والاوعية الشعرية زيادة عن تراكمه في الاوردة والصفة القاعية للدم  
باتقاردها لا تنكفي في احداث السبانوز (ومن جملة ما يثبت ذلك حاله ذكرها  
بريست فيها لم يظهر في الذراع الايسر أدنى تغير في اللون والحال ان الدم  
الوارد اليه كان جميعه وزيداً وذلك أن الشريان تحت الترقوة اليسرى كان  
ناشئاً من الشريان الرئوي) لكن مع ذلك لا ينكر ان درجة السبانوز الناشئ  
عن ركود الدم في الاوردة وتراكمه فيها تتعلق ولا بد بصفة الدم الداكنة أو  
الخراء القانية فان الاشخاص ذوي الدم الرقيق لا يظهر عندهم السبانوز  
بدرجة عظيمة طاقاً

وعين هذه النتيجة كما تحصل من ظهور واحد الجذوع الشريانية صفا عند  
انفتاح الحاجز فحصل أيضاً من التضايقات القديمة عند منشأ الشريان  
الرئوي من البطين الايمن ومن العيوب العضوية الخلقية العظيمة في الشريان  
الرئوي

ثم ان اللون المزرق القائم في الجلد سيما في الوجهين والشفتين وأصابع  
اليدين والقدمين هو العرض الواصف للعيوب القلبية الخلقية وتراكم الدم  
الوردي في هذه الاوردة يؤدي لا تتفاخ في الاجزاء السبانوزية وهو ناشئ  
كما بينه مع الحققة (فروستر) من ارتشاح صلي في هذه الاجزاء ومن اتفاخها  
وضخامتها فالانقباض عظيم الحجم فحيناً وتنفخ الشفتان المزرقتان  
والسلاميات الاخيرة من أصابع اليدين والقدمين يحصل فيها انتفاخ غالباً  
حيث تظهر الاصابع كالعصى التي يقرع بها على الطبل والاطافر تظهر  
عريضة مقوسة وأغلب المرضى يكونون ذوي بنية نحيفة وأطراف طويلة  
وعندهم ميل عظيم للانزفة ويحصل لهم شعيرة تسهولة ويكونون مضطحي  
القوى ضيقى الخلق ويشاهد عندهم في الغالب عدم تمام في نمو الاعضاء  
التناسلية وضعف في الباه ومثل هؤلاء يعتبرهم غالباً نوب في خفقان القلب  
وضجر عظيم وانحماؤهم سند أن يصل احدهم الى سن الاربعين أو الخمسين

ويكاد يهلك على الدوام بسرعته من أمراض تطرأ عليهم فلا يكون له قدرة على مقاومتها ومن أودعما الرتين والاستسقاء

ومن المستغرب ان ظواهر السيانوز والاضطرابات الوظيفية السابق ذكرها تنضج خصوصاً في زمن البلوغ ومن الجائز ان تعادل العيب الخلقى من القلب يتم هنا مناطق ولا بواسطة الضخامة التابعة لهذا العضو وأن عدم كفاية القلب لا يظهر الا في أثنائه تمام نحو إجراء الجسم وازدياد كمية الدم بدون أن يشارك القلب باقى أجزاء الجسم في عظام النمو والبحث الطبيعى لا يمكن الارتكان اليه في تشخيص العيوب الخلقية من القلب فانها كثيرة التنوع والاختلاف والغالب أن تكون ضربات القلب قوية وعمدة وأصمته عظيمة وفي الغالب يسمع ازيز كقراءة القلطة وتسمع الغاط كاذبة عسرة التوجيه وفي أحوال أخرى يمكن ان تسمع الغاط قلبية نقية

ثم انه في الزمن السابق كان يعتبر الفقد في الحجرة القلبية سبباً للسيانوز الخلقى وهذا الاعتبار خطأ فان هذا الفقد ينفرد به لا يودى للسيانوز ونحو ذلك بل هي احوال غير طبيعية غير مضرّة لا ينتج عنها اعراض مدة الحياة

### \*(المعالجة)\*

معالجة العيوب الخلقية من القلب لا تكون بالضرورة الاعرضية ويقتصر فيها على مضاربة العوارض الخطرة وهذا يتمسك بالقواعد العلاجية التي ذكرناها في كل من الاستسقاء وأودعما الرتين ونحو ذلك مما ينشأ عن آفات القلب العارضة

\*(في الامراض العصبية للقلب)\*

\*(المبحث الرابع عشر)\*

\*(في الخفقان العصبى القلبي)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

كل من قوة انقباضات القلب وعددها يحصل فيه تغير عند الأشخاص السليمين بعدة من المؤثرات ومن المعلوم ان قوة انقباضات القلب وسرعتها الناتجة عن الانفعالات النفسية والجهدات الشاقة وتعاطى المشروبات

الروحية وهو ذلك لا تكونان ناشئتين عن تغيرات مادية في الطبقة العضلية من القلب بل عن تأثير عصبي غير طبيعي والتغيرات الحاصلة بهذه الكيفية لفعل القلب الطبيعي لا يعبر عنها بالخفة ان القلب العصبي كما ان ازدياد فعل القلب وشدة انقباضاته الناشئة عن ارتفاع حرارة الدم في الحيات وكذا شدة ضرباته في أحوال ضغاضغته لا يعبر عنها بذلك أيضا فلا يعنى بالخفقان العصبي الا شدة حر كات القلب وسرعته التي لا تكون متعلقة بتغيرات عضوية فيه ولا ناتجة عن أسباب مدركة أو التي تنتج عن أسباب واهية لا يحدث عند أغلب الأشخاص الا شعاع أدنى تغير واضح في فعل القلب

ثم ان كلام من سير خفقان القلب ولا يصفونه وقترانه يستدل منه ولا بد على اعتباره مرضا عصبيا في الاعصاب المحركة للقلب لكن الظاهر انه الى الآن لم يكن توجيه كيفية حصول الخفقان القلبي ومنشئه سهلا وذلك لان المؤثرات العصبية المتضاعفة لهذا العضو وهي من جهة العقد العصبية الخاصة به ومن جهة اخرى المراكز العصبية للقلب الكاثتان في النخاع المستطيل المتسلط أحدهما على الالياف العصبية المنظمة لحركات القلب والثاني على الالياف العصبية المسرعة لها لا تفسح بايضاح ذلك الا بكيفية استثنائية ولذا ان المهيجات النفسية والحسية تحدث نارة بطاؤا و نارة سريعة في حركات القلب

وعلى هذا ينبغي التوفى في اعتبار الخفقان العصبي من جملة الامراض العصبية الناجمة عن ثوران الحركة أعني الاحوال الناشئة عن ارتفاع في تنبيه الاعصاب المحركة كما قال بذلك (رومبرغ) و (بمبرر) فان الخفقان القلبي يمكن أن يتوهم تعلقه اما بتناقص في فعل العصب الرئوي المعدى او بازدياد في تنبيه العقد العصبية للقلب او العقليم السمبأوى ويضاف لذلك ان الخفقان العصبي في بعض الاحوال لا يكون ناشئا عن ازدياد فعل القلب وانما هي ظاهرة حسية للمريض فهذه الاحوال الاخيرة ان جرى على ترتيب منتظم كان حق اعتبارها من جملة ثوران الحس يعنى انها ناشئة عن شدة تنبيه الاعصاب الحسية للقلب

ومهما انهمت علينا الاسباب الاولى من الخفقان العصبي القلبي يسهل

علينا ذكر بعض أمور التسمية لأسبابه الثانوية وذلك أن هذا المرض يشاهد بكثرة عند الأشخاص العصبيين والأفعاليين وهو من جملة الظواهر اللازمة للتأوروز وزيادة على ذلك تكثر مشاهدته عند وجود تغيرات مرضية في الأعضاء التناسلية وأما ذلك عند النساء المصابات بالاستربا (أي الاختناق الرحي) فقط بل عند الرجال أيضا المقربين في شهوات الجماع والمدمنين على جلد عميرة وكذا لا يندر مشاهدة خفقان القلب العصبي في الرجال المصابين بالابوخند أرياذوكر (رومبرغ) أن الطبيب الشهير (بيتر فونك) كان معتز به حالة خفقان عصبي قلبي أبوخند أرياذوكر في أعلى درجة حتى فوهم في أثناء اشتغاله بالتأليف على أمراض القلب أنه معتز به أنورزما في هذا العضو وكثيرا ما يشاهد الخفقان العصبي القلبي عند النخواسير في سن البلوغ وبالجملة فقد يعتري أشخاصا لم يكن عندهم تغيرات مرضية ولا متعرضة لأسباب مرضية معلومة

#### \* (الاعراض والسير) \*

نوب الخفقان العصبي القلبي تتضح بحركات قلبية سريعة غير منتظمة معصوبة غالبا بإحساس بضجر وضيق في النفس وضربات القلب تكون في الغالب قصيرة وثنية وفي بعض الأحوال لا تكون قوتها واضحة وفي أحوال أخرى تكون قوية جدا بحيث ترجح اليد عند وضعها على القاب لكن الغالب أن يكون إحساس المريض بالخفقان أقوى مما يستبان من البحث عن ضربات القلب وكل من النبض وهبئة المريض يختلف فتارة يكون النبض ممتلئا والوجه هجرا وتارة يكون صغيرا متقطعا والوجه باهنا بحيث يظهر أن ضربات القلب السريعة لا تتم بشدة أو كأنهم لم تستمر الأزمان فلا بحيث تستكاد الشرايين لا تغلظ من امتلاء تاما ومدة هذه النوبة تختلف فقد تستمر بعض دقائق أو ساعة بل أزيد ولا يندر أن ينظم لذلك تغيرات عصبية أخرى في المجموع العصبي كالغدار وطمنين الأذنين والارتعاش وتحو ذلك والنوبة قد تزول ما فجأة أو مع التسدر بيج وحينئذ تعود انقباضات القلب إلى حالتها الطبيعية وقد تغشى عدة أسابيع أو أشهر قبل أن تطرأ النوبة مرة أخرى وفي بعض الأحوال قد تتردد النوب بسرعة وكل من الفترات الخالية وظهور

النوب يكون بدون اسباب معلومة ولا سيما في الاحوال التي لا يشاهد فيها  
ازدياد فعل القلب عادة وعدم وجود تغيرات مدركة عند البحث الطبيعى عن  
الاقاب يعنينا من الوقوع في الخطا ومع ذلك فالقيس يزليس سهلا في جميع  
الاحوال وان كانت الاسباب الناتجة عن الخفقان العصبى واضحة وقابلة  
للمعالجة زال هذا المرض بعد زمن طويل أو قصير زوالا تاما وذلك يقال  
بالنسبة للخفقان العصبى المعترى الشابات الخلوروزيات والنساء الاسترييات  
المصابة باحراض في الرحم قابلة للشفاء بل وفي الاشخاص المعترين خفقان  
القلب العصبى عقب الافراط في الشهوات وفي احوال أخرى قد يستعصى  
هذا المرض فيسقط طول الحياة

والبحث الطبيعى لا يستدل به خارج النوب على تغيرات واضحة وامافي  
أوقات النوب فانه يسمع الفاظ مرضية ناتجة عن التوتر الغير الطبيعى  
للعصامات القلبية وجدر الاوردة

### • (المعالجة) •

الخفقان العصبى يحتاج في معالجته ابتداء لازالة الاسباب المحدثة له القابلة  
للشفاء فعد النساء المصابات بالخلوروز والاشخاص الانماويين يحصل من  
استعمال المركبات الحديدية نجاح عظيم والخفقان الاستيرى يحتاج فيه  
لارسال العلق على فوهة الرحم ومساهبا بخرج الجهنى اذ قد يحصل بذلك كما  
سند كره شفاء واضح لم يكديت عشم به والاشخاص الابوتخنداريون المعترينهم  
امتلاء دموى وتعددات دوائية في الاست يحصل عندهم راحة عظيمة في حالة  
الخفقان العصبى من استعمال بعض المياه المعدنية المحللة وارسال قليل من  
العلق على الاست ولو اردنا ذلك جميع الوسايط العلاجية اللازمة اجراؤها  
في الخفقان العصبى لخرجنا عن الموضوع فانهم اتهم معالجة جميع الامراض  
التي يكون الخفقان العصبى عرضا لها والمرضى المعترينهم الخفقان العصبى  
بدون أسباب معروفة ينبغي أن تستعمل لهم الحمامات الباردة وترسل الى  
الخللاء لتغير الهواء والسفر وتنع من الافراط في المشاق الجسمية وكذا  
من الافراط في المشاك كل والمعيشة الجلوسية والممدوح من الوسايط الدوائية  
التي ينبغي استعمالها هو برومور البوتاسيوم والديجيتالا وفي أثناء النوبة

ينبغي استعمال الجرعة الغازية والحوامض المعدنية والنباتية وملح الطرطرير  
والدهاء المحلاة ومن الخطأ اعتقاد عدم منقعة هذه الوسائط وترك استعمالها  
اذمن الامور المسهلة على المريض حالته والمقصود لمدة توبة المطلقان العصبي  
تحويل افكاره عن حالة مرضه بتجهيز الجرعة الغذائية أو نحو ذلك وشربها  
ويظهر ان استعمال التبريد على قسم القلب له تأثير واضح في قصر التوبة كما  
وان المرفين والجواهر الدوائية العصبية ~~كصبغة المانستر~~ والصبغة  
الاثيرية الخشيشية الهراها فائدة أحيانا

**\* (المبحث الخامس عشر) \***

**\* (في الالم العصبي القلبي أو ألم الضفيرة القلبية المعروف بالذبحة الصدرية) \***

**\* (الأسباب) \***

أغلب المؤلفين يعتبر هذا المرض تبعا للشهيق (روبرغ) مرضا عصبيا  
ناجما عن توران حسي في الضفيرة العصبية القلبية وبعضهم يقول بوجود  
اضطراب عصبي في الاعصاب المحركة للقلب يجوار الاضطراب الحسي فيها  
فيعتبر هذا المرض مرضا عصبيا مزدوجا بل نسب بعضهم هذا المرض لتغير  
في أعصاب العظيم السمبثاوي واعتبره مرضا عصبيا في أعصاب التغذية

ثم ان الالم العصبي القلبي مرض نادر الحصول ويصيب على الخصوص  
الاشخاص المتوسطى السن والجيدى التغذية ذوى البطون الشعبية وفي  
معظم الاحوال يكون أساس هذا المرض مبنيا على تغير عضوى في القلب  
كعيب في صمام الاورطى مع استحالة اثر وماتبة فيه أو استحالة شعبية في  
القلب أو تورم في الاورطى وكثيرا ما يصاحب هذا الالم العصبي الاستحالات  
المرضية في الشريان الاكلبي من القلب وتشككاته وزعم بعضهم ان نوب  
هذا المرض انما تنتج عن التهمج الميكانيكى الواقع على تفرعات الضفيرة القلبية  
المصابة لتفرعات هذا الشريان ومع ذلك لا ينبغي اعتبار الالم العصبي القلبي  
مرض ملازما لتلك التغيرات التشريحية المرضية فانها ليست دائمة الوجود  
وزيادة على ذلك فان هذا الالم العصبي يحصل على الدوام بكيفية واحدة منهما  
اختلفت التغيرات التشريحية المرضية للقلب بمعنى ان هذا المرض ذو نوب  
وفترات خالية بحيث ينبغي اعتباره مرضا عصبيا قلبيا والتغير العضوى



المرضى للقلب هو الذي أوردت الاستعداد للإصابة به وفي بعض الأحوال قد يظهر الألم العصبى القلبي بدون تغيرات تشريحية مادية في القلب بل ويظهر أن أصابات الأعضاء البعيدة كالسكبد والكليتين والرحم ونحو ذلك تحدث هذا المعاء بطريق الانعكاس

### • (الاعراض) •

تحس المرضى في أثناء نوبة هذا المرض فجأة بالمشديد مضيق أسفل القص وفي قسم القلب يكاد يتشبع على الدوام فهو الذراع الأيسر وسنذكره مع نحو الأيمن والعنق ويكون هذا الألم مصحوبا بأحاسيس بغير عظيم متى كان حياتهم منقطعي وتنوهم المرضى أن لا قدرة لهم على التنفس لكن متى حرضوا على ذلك أمكنهم التنفس العميق ولا يكون لهم جسارة على التكلم بل أنين وان حصلت النوبة في أثناء المنى وقنوا في مكانهم وبهتوا عن نقطة ارتكان وانهم يرتكنون على صدورهم وتبرد أيديهم وتبهت وجوههم وتتغير مصهم ويحصل اختلاف في فعل القلب وانقباضه في أثناء النوبة فقد يكون متناقصا وقد يكون متزايدا وكذلك يختلف حالة النبض في الأحوال المختلفة فقد يكون طبيعيا وقد يكون سرعيا ويندر أن يكون بطيا وقد يكون صغيرا غير منتظما ومقطعا ثم تزول النوبة شيئا فشيئا بعد بعض دقائق أو بعد ربع ساعة أو نصف ساعة مع تجشئ غازي ويندر تردد النوب في الابتداء ثم يكتم فيها بعد بحيث أنها تحصل عند المرضى في كل يوم و يظهر أن الاتفعالات النفسية هي أكثر الأسباب لتأجلها ويندر حصول تلك النوب من المشاق الجسمية ومن التباعد عن التدبير الغذائى الصحى والحالة الصحية للمرضى فلا تكون مضطربة في أثناء الفترات وفي أحوال أخرى قد يبدو جدهم ظواهر آفة قلبية عضوية ثقيلة

لا يشتم بشفاء هذا المرض شفاء تاما إلا في الأحوال الاستثنائية التي فيها يكون هذا المرض داء عصبيا محض بدون آفة عضوية ومع ذلك فقد توجد تلك الآفة بدون الوقوف على حقيقة معرفتها وذلك لكثرة عظم الشرايين الكليلة وكثيرا ما يحصل الموت فجأة في أثناء النوبة

### • (المعالجة) •



البطين الايسر في حالة تضخامة وانتفاخ الغدة الدرقية الذي يكون غالباً غير عظيم جداً وقد يكون جزئياً ينتج اما عن حالة احتقان وتعدد في الاوعية او عن نضج مصلى في جوهر هذه الغدة او عن مجرد تنوّ في عناصرها و يوجد احبانا بمسلمات هذا الورم زملطو ولا يكاس ممثلة بمواد مصلية او هلامية وكذا انتفاخ الطبقة الشحمية الخاجية الذي ينشأ عنه بحوظ العين يظهر في معظم الاحوال انه ناشئ عن مجرد استقان واوذعما في المنسوج الشحمي الخجاسى او غمق في عناصره وذلك لان بحوظ العين في الاحوال التي تنهى انهما مجيد اهورورم الغدة الدرقية يزولان بالكلية كاضطرابات المجموع الدورى

والذي يدل على ان هذه المضاعفة المرضية لعدة من الاحوال المرضية المذكورة ليست مجرد مصادفة وانه يجوز لنا اعتبارها شكلاً مرضياً مخصوصاً هو الذى اشرنا اليه فيما سبق من ان اورام الغدة الدرقية وبحوظ الاعين كما انهما يظهران مع سرعة فعل القلب وازدياد نبضات او عية العنق يزولان معهما أيضاً

ثم اتان أردنا البحث عن البنبوع الاصلى لكل من الظواهر المرضية لهما باصدو استبان لنا انهما متعلقة ولا يتباضطرابات عصبية في جدر الاوعية فان شلل الاعصاب الوعائية هو الذى يصح به توجيه تمدد السباتين وازدياد نبضاتهما وكذا الشرايين الدرقية والانتفاخ الوعائى للغدة الدرقية وعمالة هذه الظواهر لما ينتج عن التجربة المعلومة للمعلم برنارد (وهى قطع العظيم السباتوى العنقى) تؤيد القول بشلل الجزء العنقى من العظيم السباتوى وفى الحقيقة كثيراً ما وجد هذا العصب ولا سيما عقده العنقية متغيرة تغيراً مرضياً لكن فى الحقيقة سرعة فعل القلب وزيادة انقباضاته تنافى القول بشلل العظيم السباتوى العنقى المتوهم وجوده وذلك لان قطع هذا العصب يقترب عليه ببطء فى انقباضات القلب وتناقص فى سرعتها بل قد لا ينتج عن ذلك ادى تاثر كما ان النظريات المشار اليها تنافى ما هو معلوم من كون قطع العظيم السباتوى العنقى لا ينتج عنه بحوظ المقللة بل انكساشها وفتحها الاجفان بخلاف تهيج الالياف العصبية السباتوية الواصلة الى مقلة العين وهى

الالياف العينية الحديثة فانه يشاعن ذلك ظواهر مشابهة لما يشاعن  
الداء الذي نحن بصدده وهي يحوط العين مع عند الحديثة فلاجل تجنب هذا  
التنافي قد قيل بالنظريات الاتية وهي ان الالياف السبائية الوعائية للعنق  
والرأس هي التي تكون في حالة الشلل بخلاف الالياف العينية الحديثة  
الخارجية على انفرادها من العظميم السبائية تكون بعكس ذلك  
في حالة تنقبه متزايد

ثم ان داء باصددو يشاهد عند النساء اكثر من الرجال ويظهر ان كلامن  
اضطراب الحيض وفقر الدم (اي قلة كراته الحمراء) الذي كثيرا ما تصاحبه  
له دخل عظيم في احداث هذا المرض ~~اكن~~ لا يسوغ اعتبار شلل  
الاعصاب الوعائية مجرد اضطراب عصبي من جملة الاضطرابات العصبية  
المنتشرة الاستيعابية او نسبة استرخاء الجدران الوعائية الى عدم كفاية تغذيتها  
هي أو اعصابها الناشئة عن فقر الدم وقلة الكرات الحمراء فيه فان المرض  
الذي نحن بصدده لا يوجد بالاحص في احوال الاسترخاء الواضحة جدا ولا  
الخلو ووزن المتقدمة أيضا بل انه يوجد احيانا عند اناث لم يمتها اذنى اضطراب  
في الحيض ولا فقر في الدم البتة وان اصاب هذا الداء الرجال وصل غالبا الى  
درجة تقدم عظيمة واصابته لهم تكون غالباً عند تكامل سن الرجولية  
بخلافه عند النساء فحصوله يكون في أثناء الشبوية عقب نمو أعضاء التناسل  
فيهن

وفي الغالب تشكى المرضى ابتداء بخفقان في القلب مدة طويلة من  
الزمن ويوجد عندهم سرعة عظيمة في النبض عند البحث عنه بحيث  
يصل الى مائة وعشرين أو الى مائة وأربعين في الدقيقة لو احدة قبل  
ان تلاحظ المرضى نفسها أو من كان حولها من عائلتها بان أعينها ازدادت  
بروزا زيادة عما كانت وان العنق حصل فيه اتساع وعند وضع اليد او  
المسمع على الغدة الدرقية يحس ويسمع بازيرا أو خورا واحدا فاسمع الغاط  
نفخية في القلب تعتبر غالباً الغاط دموية مادامت يحاوي في القلب ليست في  
حالة تمدد ولا تضخمه تابعيين ان يدون ذلك يمكن الحكم من وجود لفظ  
مرضى على وجود آفة عضوية في الصمامات القلبية وفي الاحوال المتقدمة

جدا من هذا المرض يصير يحفظ العين عظيم جدا حتى ان الاجتهاد لا تغطي  
 العين تغطية تامة ووجبت عن عدم امكان غلق العين عوارض ثم قد  
 شوهت احوال حصل فيها تقرح في القرنيين وتنقب فيهما بل فساد العين  
 بالكلية وهذه العوارض التابعة تنشأ بلا شك عن كل من عدم تغطية  
 العين تغطية تامة وجفافها ومع ذلك فيظهر ان الاحوال الثقيلة من ذلك  
 تنشأ عن حالة استئزيا القرنية أى فقد حساستها حتى ان المعلم (بريقه) يقول  
 بوجود حالة عصبية شللية في القرنية وكذا حركات العين يترجمها اضطراب  
 بسبب شلل عضلاتها الناتج عن توتر الاعصاب غالبا وأما قوة الابصار فلا  
 يحصل فيها اضطراب يقطع النظر عن التغيرات المرضية المذكورة القرنية  
 وهناك ظاهرة واضحة أخرى تسبق جحوظ العين أحيانا وهي التقلص  
 الشبكي للأقفة الخفية العليا كما قاله (بريقه) ويتضح ذلك من سقوط  
 الجفن العلوي ببطء سقوطا غير تام عند توجيه البصر الى أسفل وقد ذكر  
 (بيكر) في العصر الاخير ان النبض الشرياني الذاتي أو عصب الشبكية  
 عرض من جملته اعراض داء باندو غير معتنى به الى الآن وفي الاحوال  
 الثقيلة من هذا المرض تصير النبضات الوعائية للغة الدرقية والسباتيين  
 واضحة جدا بحيث تدرل من بعد وأغلب المرضى يشتكي مع ذلك بضجر  
 وبعضهم بدوار وآلم في الرأس وغيره من الظواهر المرضية الغير القارة  
 ثم ان هذا المرض يمتد عدة أشهر بل سنين ومن النادر جدا مشاهد احوال  
 حادة منه ذات هجوم فجائي حتى ويستمر ربع وعندما يكتسب هذا المرض سيرا  
 محزنا يكون ذلك ناشئا عن عدد تدريجي في القاب فتتناقص قوة حركته وفعله  
 فتقع المرضى في حالة سياتوزية استسقاءية ويؤدي الاحتقان الاحتباسي  
 في أوعية الدورة الصغرى لعسر عظيم في التنفس ثم أذيعارنوية ويتدرج  
 حصول الموت بظواهر مرضية عصبية دماغية أو باهراض أخرى تطورا  
 عليهم وأما حصول التحسين في هذا المرض او الشفاء التام منه فليس من  
 الامور النادرة بل الانتهاء بالشفاء أكثر حصولا منه من الانتهاء بالموت ثم  
 انه وان سهل جدا معرفة هذا المرض عند تمام تكونه واقعا يصعب  
 الحكم عليه في اشكاله الغير التامة التكوين والوضوح فان ازدياد فعل

القلب وتنبه لا يستدل منه في الابتداء على شيء مادام كل من استفاخ الغدة الدرقية ويحفظ العين مفقودا ويظن انه خفقان عصبي او ينسب لآفة عضوية في القلب بل وصعوبة التشخيص تستقر في الاحوال الغير النادرة التي فيها يفقد احسنا الاعراض الرئيسة لهذا المرض ولا يتضح بالكلية اذ قد يفقد احيا نائغيرات العين أو الغدة الدرقية والظواهر المرضية التي تشاهد من جهة القلب أو تزول بسرعة بعد ظهورها

ثم ان معالجته باصنادو التي شوهد فيها تحسين في سير المرض في احوال عديدة تشتمل على تدبير غذاء مقروء على تعاطي المركبات الحديدية الذي يصير ضروريا كليا انضمت ظواهر الانيميا لكن لا يترهم ان للمركبات الحديدية تأثيرا نوعيا في التغير الاصل لهذا المرض وعين ذلك يقال بالنسبة للديجيتالا التي تستعمل استعمالا عرضيا عند وجود تنبه عظيم في فعل القلب وكذا منقعة ككثير من الجواهر الدوائية الاخرى الموصى بها كالكنين والويراترين وبرومور البوتاسيوم والمركبات اليودية وكذا المعالجة بالماء البارد يظهر انها قاصرة على بعض الاحوال أو ان بعضها وهمي والمعالجات المستجدة بالنسبة لطبيعة هذا المرض أدت الطبيب دوش لاستعمال التيار الكهربائي المستمر المتولد من عشرة أزواج الى عشرين على العنق عظيم الصعاقوى العنقي ونتيجة ذلك تنقبض مرعة النبض تنقبضا عظيما وتلطيف حالة يحفظ العين واحداث نوم منتظم لالشفاء التام وأما التجارب العديدة المستجدة بواسطة التيار الجواني التي فعلها كل من ايلنبرج وجونن وشوستيك وميسير وغيرهم فقد ثبت بها بلا شك جودة تأثير هذه الطريقة العلاجية الذي كثير ما يتضح عما قليل من الاستعمال ولو ان هذا التأثير الجيد غير تام ويتصف بتنقص يحفظ العين واثارة الغدة الدرقية لا بتنقص فعل القلب

\*(الفصل الثاني)\*

في أمراض التامور أعنى الغلاف القلبي

\*(المبحث الاول)\*

## في التهاب التامور

### • كيفية الظهور والاسباب •

أما كيفية حصول التهاب التامور وظهوره فيرجع فيه الى ما ذكرناه في كيفية التهاب الغشاء المستبط للصدر وفي التهاب البليوراي فانه في كثير من احوال التهاب الجوف لهذا الغشاء لا يؤدي التغير الغذائي الالتهابي الى نضج خلاقي وانسكاب في باطن التامور بل يحصل فقط تمور وضخامة النهاية في هذا الغشاء بحيث ان منسوجة الطبيعي ينمو كما سبق ذكره ويصير نخينا وبهذه المذابة ينشأ ما يسمى بالطحن الوثيرة وفي احوال أخرى تصطب هذه الضخامة بنضج سائب في تجويف هذا الغلاف يحتوي على مواد ليفية دائما لكن يختلف متحوله بدون ان يمكن نسبة هذا الاختلاف الى سوء اخلاط مختلفة وكذا يعتبر ازدياد المادة الليفية في الدم هنا تابعا وليس اوليا

وأما اسباب التهاب التامور ففيها ان هذا المرض قد يحصل بحدرة من مؤثرات جرحية كالجروح النافذة في الصدر والسطحات والضربات الواقعة عليه ويتبع ذلك الاحوال التي فيها يتدهذ التهاب من أعضاء مجاورة كالرئتين والبليوراي ومن النادر جدا أن يصيب هذا التهاب اعضاء سليمة من قبل مكتونا لاصابة ذاتية اى قائمة بنفسها وذلك يحصل خصوصاً في الازمنة التي فيها تكثر مشاهدات كل من التهابات الرئوية والبليوراية والخجيرية الليفية وغيرها من الآفات الالتهابية أعني عند تسلطن بنية مرضية النهائية وفي مثل هذه الاحوال وان كان المعتقد عموماً انه أثر على الجسم برد الا ان اثبات ذلك عسر غالباً وأكثر من ذلك حصول ان ينضم التهاب التامور الى آفات أخرى حادة كانت أو مزمنة ولا سيما الى الروماتزم المفصلي الحاد خصوصاً ان أصاب هذا المرض جملة مفاصل على التوالي فانه قد ثبت بالتقاويم والملاحظات الأكيدة للمعلم (بميجر) أن ثلاثين حالة في المائة من هذا المرض تتعلق بمضاعفة الروماتزم المفصلي الحاد وكذا يضاعف التهاب التامور داء بريكت غالباً والاشكال المختلفة من السيل الرئوي وقد ينضم الى الآفات المزمنة من القلب أو نوريرما الاورطي ويظهر رلنا

في جميع هذه الاحوال كما يئناه سابقان الا سفة الاصلية ينشأ عنها ازدياد  
 الاستعداد للاصابة بالتهاب التامور لكن هذا الالتهاب لا يكون مرضا  
 تابعا بل مضاعفا للمرض الا انه لي تحينئذ لا يعتبر مرضا ثانويا بالمعنى الحقيقي  
 وعكس ذلك يقال بالنسبة للاحوال التي فيها التهاب التامور يصاحب تسهم  
 الدم وما أشبهه من الاحوال المرضية التسممية كحمى النفاس والاشكال  
 الثقيلة من الحسبة والجذري فان التهاب الغلاف القلبي في مثل هذه  
 الاحوال من النتائج الملازمة للمرض الاصلى فلا يكون سببا لمضاعفاته  
 فان التسمم العام ينشأ عنه عدة اضطرابات غذائية نهائية في أعضاء مختلفة  
 ومن جملتها التامور

### \*(الصفات التشريحية)\*

يوجد في البنية غالباً سماعاً من الاغصان المتقدمة في السسن على الوريدية  
 الحشوية من التامور زغب رقيق متكون من منسوج خلوى دقيق كثير  
 الوعية وأكثراً من ذلك وجود ترسبات مبيضة سطحية وتربة تسمى بالطبخ  
 المبيضة واللبنية وبالبلقع الوترية تتكون من منسوج خلوى حديث عبارة  
 عن امتداد لاواسطى من المنسوج الخلوى الطبيعى للتامور ويعبر انفصالها  
 منه وتكون مغطاة بطبقته البشريّة وتغمر التامور هذا ان كان يتبعه  
 التهاباً يظهر كما يئناه انه ناشئ عن التهاب ذى نضج غذائى وهو الالتهاب  
 التامورى الخفاف فنشوءه حينئذ يشابه غيره كخثر ور يبقى البليورا  
 والاتصافاتهما وحيث ان الفواجل للتامور والطحخ الوترية لا يمكن معرفتهما  
 مدة الحياة بل يوجدان دائماً المصادفة في الرمة فلان ذلكهما غاسيانى في شرح  
 هذا المرض

وانما نذكر عند شرح الالتهاب التامورى النضجى اولاً الفترات التى تعترى  
 نسيج غلاف القلب وثانياً صفة النضج المنسكب وكميته  
 فغلاف القلب يظهر كثيراً احراراً وقليلاً في ابتداء هذا المرض بسبب  
 الاحتقان العظيم لوعيته الشعريّة ويوجد انسكاب دموى في بعض اجزائه  
 مكوّن بالبقع حمراء كثة ذات شكل غير منتظم ونسج التامور يكون مسترخياً  
 بسبب ارتشاحه ارتشاحاً مصلياً سهل القزق وسطحه الظاهر ذا كآ غير لامع



بسبب اتصال طبقته البشرية ويكتسب هذا الغشاء هيئة لبيدية وتكون عليه خلل لطيف وحلمات وثنيات ناشئة في عمق الاخلية الحديثة المنسوج النخسوى وذلك عبارة عن ابتداء تكون أغشية كاذبة والتصاق وريقتي التامور ببعضهما

والانسكابات التامورية يظهر فيها جميع التغيرات التي بينها عند ذكر الانسكابات البديوية فان هذا الانسكاب التامورى ينقسم بسرعة الى جزء سائل وجزء صلب فاما الجزء السائل فتارة يكون قليلا وتارة يبلغ وزنه جلة ارمال فان كان بكمية قليلة تجتمع في الجزء العلوى المقدم من غلاف القلب حذاء منشأ الاوعية الغليظة وشغل القلب بشدة الجزء السفلى من هذا الغلاف وان كان بكمية عظيمة أحاط به جميع القلب ومدد غلافه وضغط على الرئة سيما القص السفلى من الرئة اليسرى بل ربما نتج عنه تمدد في القسم القلبي من الصدر

ثم ان النضج وان احتوى في جميع الاحوال على أخلية جديدة التكوين أعنى اكراصيدية الا ان كيمتها تكون قليلة جدا في الغالب وحينئذ يكون الجزء السائل من هذا النضج سائلا شفافا لالون له أومعقرا ومتى كان هذا الجزء السائل مشغلا على كمية قليلة أو عظيمة من مواد ليفية منعقدة سمي النضج بالمصل اللينى وقليل من المواد الليفية يحدث تعكرا أخفيا في النضج السائل ويصير نديا واحيانا تتكون الباقى دقيقة أو أغشية رقيقة تمتد من وريقة الى أخرى على هيئة النسيج وهذه الصفة تشاهد على الخصوص في الاحوال التي فيها يكون التهاب التامور ناشئا عن سير التهاب من الاعضاء الحشوية المجاورة الى غلاف القلب وامتداده اليه وفي أحوال أخرى يكون النضج كثير المواد الليفية فتترسب هذه المواد بكمية عظيمة على المنسوج الخلقى الجديد التكوين الذى يمر على الاسطح السائبة من وريقتي الغلاف القلبي فتكون اذذاك شبكة خالية وحيقة فيكتسب السطح الظاهر من القلب هيئة اسفنجية مقطوعة أو هيئة سطح مغطى بالزبد وتفرغ منه سطح آخر كان ملاصقا للقلب الذى يكون عليه هذا الراسب اللينى خسلا أو زغبيا يسمى بالقلب النخلى أو الزغبى ومثل هذا الشكل من النضج

يشاهد على الخصوص في أحوال التهاب التامور البني يضاعف الروماتزم  
المفصل الحاد

وفي أحوال أخرى يحصل مع هذا النضج انسكاب مواد دموية من أوعية  
شعرية ممتزقة وبهذه الكيفية يتكون النضج الدموي فان كان الدم المختلط  
قليلا ظهر المصل متلونا بالحمرة وان كان عظيما ظهر النضج على هيئة الانسكاب  
الدموي الحضر واكتسب لونا مسودا وكذا الرسوبات اللبغية التي يكون  
لونها إعادة أبيض مصفرا تكتسب باختلاطها بالدم تارة لونا أحمر قانيا وتارة  
داكنا ثم ان النضج الدموي قد يشاهد في أحوال التهاب التامور الحديث  
متى اصاب هذا المرض انحصار منهوكين كالمدمنين على المشروبات الروحية  
وكالمرضى العتريهم السل أوداء (بريكت) المتقدم في السيرة وفي الغالب  
يشاهد هذا النضج الدموي متى كان الالتهاب ليس مصيبا لجوهر التامور بل  
للمنسوج الخلوي الحديث التكوين الذي يظهر عليه فانه يتكون في هذا  
الآخر أوعية دقيقة مستطيلة تتفرق بسهولة وفي هذه الأحوال الأخيرة كثيرا  
ما يشاهد مع النضج الدموي درن دخني في الأغشية الكاذبة الحديثة  
التكوين وهذا التغيير التشريحي الذي هو عبارة عن النضج الدموي  
وتدرن الأغشية الكاذبة كثير المشاهدة في أحوال التهاب التامور المزمن  
وفيه كثير ما يظهر مدة الحياة ثورات متعددة

وان كان النضج مختلطا بكمية عظيمة من أخلية جديدة أي كرم جديدة  
صار السائل المنسكب مصفرا وغير شفاف شيئا بالقيح المائع وكذا الرواسب  
اللبنية تصبح صفراء فاتحة وتقدم وتنام وتصبح هشة بل عجينية وهذا  
الشكل من النضج يسمى بالنضج الصديدي (وبالجمع الصديدي للتامور)  
وحصوله كحصول الانبيس (أعني التجمع الصديدي المصدر) اما عقب استقرار  
التهاب التامور ذي النضج المصلي اللبني زمانا طويلا وما يكون هذا الالتهاب  
لمصلي عظيم لتكوين أخلية صديدية من الابتداء بحيث ان النضج الحديث  
يكون صديديا وهذه الحالة تشاهد في التهاب التامور الذي يحصل في أنماصير  
التسمم الصديدي للدم والحى النفاسية ونحو ذلك وقد يتكون في جوهر  
الطبقة المصلبة التامورية كرات صديدية وان كان هذا نادرا بالنسبة

لتكون في الانبيس وحينئذ يمكن أن يحصل تفرح في التامور  
وقد يمتري النضج الالتفاني التامورى فساد وتحلل في أحوال نادرة جدا  
فيصير كمرية الرائحة متغير اللون وتظهر فيه غازات فيحصل أيضا  
تفرح في التامور وفساد هذا النضج وتعقنه يتكون ما يسمى بالنضج  
الصدى

وجوهر القلب اللحمي لا يعتريه في الأحوال الحديثة من هذا المرض تغير عظيم  
غالبًا لكن مع استطالة الزمن وشدة المرض يرشح ارتشاحا صليا فيصير  
رخوا مسترخيا بحيث ينضم إلى التهاب التامور عند في القلب وفي أحوال  
النضج الدموي والصدى يستترخى الجوهر العضلي من القلب بالكلية  
ويتغير لونه ويلين ويعتري طاقاته القريبة من التامور استئصال شحمية كما  
ذكره (ورجوف) وبالجملة لا يندران يكون القلب مجلسا التهاب  
عضلي

ثم إن انتهاء التهاب التامور يتعلق بدرجة نخن هذا الغلاف وبكمية  
المواد المنعقدة من النضج فإن كان نخن التامور غير عظيم والنضج قليل  
الليقية امتص هذا النضج غالبا وأول ما يمتص الجزء السائل منه ثم الأجزاء  
الصلبة أعني المواد الليقية ثم الكرات الصلبة بعد أن يعتريها الاستئصال  
شحمية وتصلبها فإذا كانت قابلة للاتصاف ونخن التامور قد بقي على شكل  
الطح وتزير بمنسدة فيحصل التصاق ويربقى التامور مع بعضها وهذه  
الظاهرة تسمى ذات أهمية عظيمة متى كان نخن التامور غير عظيم بحيث يمكن  
أن يعتبر هذا الانتهاء انتهاء بالشفاء وأما إن استقر التهاب التامور زمنا طويلا  
فإن نخن هذا الغلاف وضماداته يصيران عظيمين جدا بحيث تحصل  
اضطرابات عظيمة ولو امتص النضج فالمدوج الخاوي الحديث التكوين  
يستحيل إلى مادة ليفية صلبة فيكون الغلاف القلبي حينئذ محفوظا فخينة  
متبسة حول هذا العضو والورقة الجدرانية تنقل سماتها غالبا بحيث أن  
حصل امتصاص تام في النضج يمكن أن تلتصق بالورقة الحشوية التصاقا  
بما لا يندران يحصل في مثل هذه الأحوال امتصاص غير تام وحينئذ  
تكون وريقتا التامور متصقتين ببعضهما التصاقا غير تام ووجد في محال

أخرى بقايا النضج الالتهابي على هيئة مواد صلبة أو جنية لا يندران  
تستحيل فيما بعد الى ترنجان كاسية صلبة بحيث يمكن أن تغور في جوهر  
القلب

وان حصل الموت عند ارتفاع التهاب التامورى الحاد أو في اثنا سيره شكاً  
المرضى لا يندران يشاهد في الرمة أثر السيانوز والانسكابات الامتصاصية  
\* (الاعراض والسير) \*

حيث ان التهاب التامور يكاد لا يصيب شخصاً سليماً من قبل مكوناً لمرض  
فأتم بنفسه من العسر وصفه وصفاً واضحاً على انفراد وزيادته على ذلك ان  
هذا الالتهاب متى انضم الى مرض آخر لا ينوع اعراضه الا قليلاً بحيث  
يسهل اختفاؤه على الطبيب فان امتد كل من الالتهاب البلورى أو الرئوى  
الى التامور فلا يمكن تشخيص هذا المرض الاخير بدون البحث الطبيعى بل  
ولا الظن بوجوده حيث البحث المذكور لا يستدل منه في كثير من  
الاحوال على شئ قط لما ان اشتد التامور في الالتهاب لا يعرف الا في الرمة  
عند فعل الصفة التشريحية

ومتى انضم التهاب التامور الى الروماتزم المفصل الحاد فان النادر ان يستدل  
من ارتفاع درجة الحرارة ومن القشعريرة وسرعة النبض أو بطئه بظاغير  
طبيعى ومن الالم الشديد أو الاصم في قسم القلب ومن الخفقان والصخب  
وضيق النفس على الالتهاب الحاصل في التامور ولذا ينبغي للطبيب التمسك  
بالقاعدة المضطربة من كونه يبحث كل يوم في قسم القلب بواسطة السمع  
عن المريض المصاب بالروماتزم المفصل الحاد ولولم يستكشئ شئ فان هاتيك  
العلامات ربما تفقد بالكلية مع وجود التهاب التامور بل ولومع وجود  
انسكاب عظيم فيه والظواهر المحسوسة التى يشكى بها المريض المصاب  
بالالتهاب التامورى في غير ما ذكره الالم في قسم القلب والخفقان فالالم  
يشغل عادة الجهة اليسرى من القسم الشراسيقي ويتشرب من هذا الجزء الى  
باقى أجزاء الصدر ويكون تارة أصم وتارة خاسواً يكاد يزيد على الدوام عند  
الضغط على القسم الشراسيقي ضغطاً عاتياً بما تحصر ارف الى أعلى وأما الالم  
الشديد جداً فيكاد يدل على اشتداد البلورى أو الرقة على الدوام والشكى

بالخفقان من المعلوم انه يوجد في جميع الاحوال التي فيها تكون انقباضات  
القلب متعسرة بحيث ان وظيفة هذا العضو لاتتم الا بجهودات شاقة ومن  
الواضح ان التهاب التامور يحدث تعسرا عظيما في اتمام وظيفة القلب اما  
بواسطة ضغط النضج على هذا العضو او بارتشاح جوفه العضلي ارتشاحا  
صلبيا واما ما اشتراكه في الالتهاب بل ومن المستغرب ان التشكي بالخفقان وغيره  
من ظواهر عوق فعل القلب كثيرا ما لا يشاهد في هذا المرض وقد يصير النبض  
سريعا جدا في بعض الاحوال متى انضم الى الروماتزم المقصلي الحاد التهاب  
في التامور بعد ان كان بطيئا بطيئا كما يشاهد ذلك في احوال نادرة وقد  
ذكرنا هذه الظاهرة عند الكلام على التهاب الغشاء الباطن للقلب وبيناهناك  
انها تتعلق بتمنج في العقد العصبية القلبية الناتج عن امتداد التهاب الاجزاء  
الجاورة لها طبقا لبعض النظريات ثم ان صار النبض السريع جدا صغيرا  
أمكن أن يشاهد في التهاب التامور حالة مرضية مشابهة لحالة التيفوس  
أو غيره من الحميات الضعيفة فالمرضى تقع في هبوط عظيم ويظهر عندهم  
ضجر عظيم واضطراب في النوم وحالة قلق وفزع وهذيان ثم يظهر فيهم  
تنفس وكما صارت انقباضات القلب غير تامة سريعة انضم لذلك ظواهر  
مرضية تدل على عوق انقباض الدم في القلب الذي لم يتم استفرغه منه  
فيصير الوجه حينئذ منتفخا مزرقا ويسرع التنفس وان انضم الى الاحتقان  
الرئوي الاحتباسي عائق آخر في التنفس وضغط الانسكاب التاموري  
العظيم على الرئة أمكن أن يصل عسر التنفس الى أرقى الدرجات فالمرضى  
تكون مستلقية على الجهة اليسرى بسبب انضغاط الرئة اليسرى وذلك  
لأجل سهولة حركة الجهة اليمنى من الصدر وانما تكون جالسة في نواحيها  
مائلة الى الامام وكذا في الاحوال التي فيها لا يعتري وظائف القلب تغير  
عظيم بواسطة التهاب التامورى يمكن أن ينشأ عن انضغاط الرئة عسر في  
التنفس بل قد يصير عسر التنفس عظيما جدا ويصطحب بالظواهر المرضية  
التي شرحناها بحيث ان كلا من الألم في قسم القلب والتشكي بالخفقان  
الذي ينضم اليه فيما بعد عسر في التنفس يعقب من المعلومات المحسوسة  
للمريض الكثير المشاهدة في التهاب التامور متى أدى هذا المرض

لاضطربا وبطبيقي في القلب وأما سرعة النبض فليست من الاعراض  
الكثيرة المحصول فيه

ثم ان ضاعف التهاب التامور السلى الرئوى أوداء بريكت او الاثقات  
العضوية المزمنة للقلب أو إيتوريزما الاورطى كان سير هذا المرض خفيا أيضا  
بل أكثر خفية من الذى يضاعف الروماتزم المفصلى الحاد فلا يمكن تشخيصه  
الا بالبحث الطبيعى وعند استمرار هذا المرض زمنا طويلا يظهر مجموع  
الاعراض الذى يبنه في التهاب التامور المزمن

وأما ان طرأ هذا المرض في أثناء سير الامراض التسممية العامة الثقيلة  
فان الاعراض المحسوسة للمريض تفقد لانه في جميع هذه الامراض  
يكون الدماغ مضطربا بسبب الحى الضعيفة المصاحبة والمخاطات المرضى  
يصيرونها غير حساسة للآلام ولو كانت أشد من التى يحدثها هذا المرض  
وهذا المرض يحدث بسهولة اضطرابا في فعل القلب خصوصا حتى كان  
لنضج صديديا لكن كذلك بدون العلامات الطبيعية لا يمكن الحكم من  
سرعة النبض العظيمة ومن ضعفه بأن الانحطاط العظيم للمريض متعلق  
بالتهاب التامور

وأما سير هذا المرض فانه يكون حادا وينتهي بالشقاء التام في اشكاله التى  
تصاحب الالتهاب الرئوى والبلوروى والروماتزم المفصلى الحاد وان  
كان هذا المرض لا يحدث اعراضا حادة وسعة للمريض كما يحصل ذلك بكثرة  
فلا يمكن معرفة هذا السير الحميد الا بالبحث الطبيعى وان كان مع المريض  
خفقان وآلام وضيق في التنفس زالت هذه الاعراض بعد بعض زمن  
وكذا تزول سرعة النبض ان كانت موجودة ويندر مشاهد هذا السير  
والانتهاء الحميد في اشكال هذا المرض المصاحبة للسلى الرئوى وداء بريكت  
والاثقات المزمنة للقلب واندر من ذلك مشاهدته في شكل التهاب التامور  
الصديدي الذى يصاحب التسمم العفن للدم ونحو ذلك

وليس من الكثير ان يحصل الموت في أثناء سير التهاب التامور الحاد وقل  
ما هناك ان هذا الانتهاء يندر ان يكون نتيجة لاداسطية لهذا المرض وان  
حصل ذلك في أحوال التهاب التامور المضاعف للروماتزم المفصلى الحاد

ارتقت اعراض اضطراب فعل القلب ارتقام فجائيا أحيانا والغالب أن ترتقى بالتدريج الى اعراض شلل القلب فيصير النبض أكثر صغرا ويزيد عدم انتظامه ويفقد الادراك ويؤدي احتقان الرئة الاحتباس الى حصول أروغياتها فيها في تلك المريض بهذه الاعراض ويمكن حصول الموت قبل ذلك متى انضم لالتهاب التامور التهاب في الرئة او البلعور وقد يسرع الانتهاء المحزن من طرق هذا المرض عند المصابين بالسل الرئوي وداء (بركت) ونحو ذلك لكن حصول ما ذكر يكاد يكون على الدوام بظواهر التهاب التامور المزمع وأما التهاب التامور ذو النضج الصديدي من الابتداء فانه وان كان ينتهي بالموت على الدوام لكن يمسر الحكم غالبا بأن حصول الانتهاء المحزن متعلق بالالتهاب التاموري أو بالمرض الأصلي له

وهناك انتهاء ثالث لهذا المرض وهو انتقال الشكل الحاد منه الى الشكل المزمن فان التهاب التامور المزمن وان كان يعقب في كثير من الاحوال شكل هذا المرض المضاعف للروماتزم المفصلي الحاد الا انه تسكر مشاهدته في اشكال هذا المرض التي تصاحب سوء القنية المزمن وأمر اض القلب التي سبق ذكرها فبعد ان يكون هذا المرض ابتداء بالحالة الحادة والسير الذي يبناه يحصل امتصاص جزئي ثم بعد زمن متفاوت الطول يحصل توران في الالتهاب ورجوعه (كما يشاهد ذلك في أحوال عديدة من الالتهاب لبلعور اوى) فيصير النضج عظيم الكمية جدا ويزداد عسر التنفس ازديادا عظيما وهذه الظواهر تدعى في الشطاط بعد بعض زمن لكن لا يندران يحصل ازدياد فيها ثانيا وثالث جديد وبذلك يستمر هذا المرض جارا ثمرا وكلما كان انسكاب التامور كثير الكمية كان عسر التنفس أكثر ثقل وكل من السيمانوز والاستسقاء أكثر وضوحا فان جميع الدم الذي يقبل قبول الشرايين له يتجمع في الاوردة ولا يمكن ان يجرد له محلا في القلب الا ان هذا الاخير يكون منفضعا بالنضج فلا يتدد كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من أمر اض القلب ويندران ينتهي التهاب التامور المزمن بالشفا بل الغالب حصول الموت بظواهر اوديميا الرئتين وعدم كفاية التنفس ويكاد يخلفه في جميع الاحوال الاخرى امراض تابعة

ومن الامراض التابعة لهذا المرض أولا التصاق القلب بغلافه الذي  
 سنشرحه في المبحث الاخر ثانيا تعدد القلب الذي يكون مرضا تابعيا  
 لالتهاب التامور ويكثر حصوله بعد كل ما كان استقراره طويلا وان كان  
 الجوهر العضلي للقلب غير مكابدا لاستحالة مرضية جاز أن يفشا عن تعدد هذا  
 العضو ضخامة عجمية ثالثا تعدد هذه الآفة مرضا تابعيا لالتهاب التامور  
 أيضا رابعا قد يحصل من استقرار انقباض القلب بالنضج التاموري وتخلل  
 جوهره العضلي بالسائل المحيط به وتشر به له تغير في تغذية هذا العضو فيختلف  
 ذلك ضمورا واستحالة شخصية فيه

### • (العلامات الطبيعية) •

أما البحث بالنفارة فيستدل منه في الاحول التي بها يكون الانسكاب  
 لتاموري عظيم جدا على تحجب واضح في قسم القلب وانحاء المسافات بين  
 الاضلاع وكلما كانت الغضاريف الضامية أكثر تعظما كال حصول تعدد  
 قسم القلب أكثر عسرا بحيث ان تحجب هذا القسم يكون كثير الوضوح  
 عند الاطفال والشبان

وبالجس يحس بضربات القلب في محلها الطبيعي حتى انما تكون أحيانا  
 كثيرة القوة وعند ازدياد الانسكاب تكاد تصير دائما ضعيفة عن الحالة  
 الطبيعية اذ لم يكن القلب ضخما أو في حالة تنبيه شديد ثم تزول ضربات  
 القلب بالكلية فيما بعد غالبا ولا يندر أن يحس بها عند قيام المريض  
 وتزول عند استلقائه على ظهره لان القلب ينغمس في السائل ويباعد عن  
 جدر الصدر وان أحس الطبيب بضربات قلب وجدت غائرة ومتحولة  
 نحو الجهة الوحشية فان التامور الممتلئ بالسائل يدفع الحجاب الحاجز الى  
 أسفل وقول المعلم (أبولوسر) انه من الظواهر الواضحة لتجمع سائل  
 في التامور وان ضربات القلب يتغير محلها باختلاف أوضاع المريض غير  
 واضح فانه طبقا لما شاهدت العديدة لاه علم (جرهرد) القائل بتخرج  
 قبة القلب عند أغلب الأشخاص الاصحاء بنحو ستمترين جهة اليسار متي  
 استلقوا على الجانب الايسر وبالجهة اليمن اليد الموضوعة على قسم القلب  
 باحتكاك واضح أحيانا ناشئ عن احتكاك الوربقي البليور الغير المستويين



على بعضهما

وبالقرع لا يسمع صوت غير طبيعي ولو كان الانسكاب بكمية متوسطة (تبلغ نصف رطل) متى كانت الرئة موضوعة بين غلاف القلب وجدار الصدر لكن في غالب الاحوال تحصل بسرعة اصمية غير طبيعية تكون بالمثل الذي تشغله ابتداء وبالشكل الذي تكسبه فيما بعد علامة مهمة دالة على التهاب التامور في الابتداء يسمع بأصمبة صوت القرع حذوا مقشرا الاورطي واشريان الرئوي وذلك لان السائل يبعد الى أعلى والقلب يشغل الحبل الاكثغورا وهذه الاصمبة تعتمد الى أعلى نحو الضلع الثاني أو أعلى من ذلك وتجاوز الحافة اليمنى من القص وعند ما يكون الانسكاب غزيرا جدا ليحيط السائل بجميع جهات القلب فالاصمبة تكون حينئذ مثلثا قاعدته جهة الاسفل وقمة المنقطة نحو الأعلى والاصمبة التي تأخذ في العرض شيئا فشيئا نحو الاسفل تجاوز فيما بعد الخط الثديي اليساري مجاوزة عظيمة كما انها تجاوز الحافة اليمنى من القص ومتى تجاوزت أصمبة القلب من جهة اليسار الحبل الذي تفرع عليه قبة القلب عادة ذات هذه العلامة أكيدا على تجمع سائل في التامور وقد شبه المعلم (جروند) على ان القاعدة العمومية من انه في احوال الانسكاكات التامورية تبقى أصمبة القلب على حالها في أثناء القيام والجلوس فيها استثناء عظيم وذلك لان أصمبة القلب التي تكون متزايدة عند الاضطجاع يزيد انساها بقدر ثلث خط او نصف خط

وبالتسمع يحس بان الغاط القلب ضعيفة خفية بل تكاد لا تدرك أحيانا متى كان القلب غير ضخم او في حالة فعل شديد فعدم التناسب بين أصمبة القلب الممتدة وضرباته الضعيفة والغاطه الخفية من العلامات المهمة جدا في تشخيص انسكاكات غلاف القلب وينضم لذلك في معظم الاحوال وجود الغاط احتكاكية كاحتكاك الاظافر والمسح بالفرشة أو بالبشر (ولذا تسمى بالالفاظ الاحتكاكية) وهذه الالفاظ وان كانت لا تسمع في التهاب البلوراي الا اذا لم تكن وريقتا البلوراي متباعدتين عن بعضهما بسائل أو كان امتص الجزء السائل من النضج تسمع عند التهاب التامور

ولو كان متجمعا فيه كمية عظيمة من السائل فان كثرة تحرك القلب في غلافه  
هي التي توجب ملامسة وريته هـ هذا الغلاف لبعضه ما ولو كان السائل  
غزيرا لكن حيث ان هذه الاغاط الاحتكاكية تنشأ من ارتفاع القلب  
وانخفاضه خلف جدار الصدر ومن حركته الاتوائية على محوره العمودي  
حتى كانت الاسطح المتراصة على بعضها اذ ذلك غير مستوية فانها وان ظهرت  
بطرز متعاقب الا انها تكاد لا توافق الغاط القلب في الزمن موافقة تامة بل  
انها تـ مطيل عنها فمكانها متأخر عنها ودة تقدم وفي ابتداء التهاب التامور  
قد يسمع في قسم القلب نفخ خفيف مجهول المنشأ والتكون ومثل ذلك  
يقال بالنسبة لانتساق الاغاط الاول في الاورطى فهو عرض قديشاهـ د  
في ابتداء هذا المرض

وفي ذاء القص السفلى من الرئة اليسرى يصير صوت التقرع غالبا فارغا أصم  
وذلك بسبب انضغاطه ويغني الاحتراس من الحسكم بذلك على وجود  
مضاعفة بانسكاب الميوراوى يسارى فان وجود التورج الصوقى الصدرى  
يعننا من الوقوع فى الخطا

### \* (التشخيص) \*

التهاب التامور يختلط بصحولة بالتهاب الغشاء الباطن من القلب فان  
الاضطرابات الوظيفية ان وجدت يكون لها مشايبة تامة ببعضها ومع ذلك  
فحصل آلام في قسم القلب عند حصول التهاب في التامور أكثر منه في التهاب  
الغشاء الباطن للقلب وعين ذلك يقال بالنسبة لضيق النفس العظيم  
والظواهر السانوية وحيث ان كلامنا من هذين المرضين لا يحدث عنه غالبا  
ظواهر مرضية محسوسة للمريض فالذى يرتكن اليه في التشخيص التمييزي  
هي العلامات الطبيعية وذلك اولان تحديب قسم القلب الذى لا يوجد مطلقا  
في التهاب الغشاء الباطن من هذا العضو يشاهد في كثير من أحوال التهاب  
التامور وثانيا يرتكن في التشخيص التمييزي على شكل الاصحية الغير  
الطبيعية فانه في أحوال التهاب الغشاء الباطن من القلب قد تصير اصحية  
القلب عريضة مما قبل من الايام متى انضم لذلك بسرعة تمدد في البطشيين  
الايمن للقلب واما في أحوال التهاب التامور فان الاصحية تكاد تبدئ دائما

في سدا صمنا الاوعية الغليظة وتكسب فيما بعد الشكل المثلث المعاو فان  
 جاوز الحد الايسر من اصحية القلب طرأ هذا العضو والحد الايمن من هذه  
 الاصحية جاوز الحافة اليمنى للقص ~~ان~~ هذا دليل لا قطعيا على انسكاب  
 في التامور وقد نهنا فيما سبق على انه مع امتداد الاصحية تكون الغطاء القلب  
 خفية وضربانه ضعيفة بل انها تختفي بالكلية عند استلقاء المريض على ظهره  
 وأحيانا تكون اصحية القلب غير ممتدة ولو مع انسكاب عظيم في التامور غير  
 أنه في محيط الاصحية يكون صوت القرع فارغا وفي مثل هذه الاحوال التي  
 فيها يوجد بعض عسر في التضييق تكون الحواف في المقدمة من الرئتين غير  
 منقبصة بسبب التصاق البلور الحشوي بفتح البلور الجدرانية وثاناه  
 في غالب الاحوال يمكن الحكم باذ اغطاء المرضية التي تسمع في القلب على  
 وجود أحد هذين المرضين مع التأكيد كما يمكن الارتكاز في ذلك بصفه  
 الاطع نفسه فانه وان كانت الاغطاء المرضية التي تحصل في التامور في القلب  
 نفسه الغطاء احتكاكية الا ان الاحتكاك في الحالة الاولى يكون ناشئا عن  
 احتكاك النور يلقى التامور ببعضهما وفي الحالة الثانية يكون ناشئا عن  
 احتكاك العمود العموي على السطح الخشن من الغشاء الباطن للقلب لسكن  
 في كثير من الاحوال يكون الاغطاء شبيها بالبشر أو حن الاطراف بحيث يمكن  
 الشك في ان منشأ من التامور وأهم من ذلك محل منشأ هذه الاغطاء التي  
 تسمع فيه وذلك ان القلب الايمن هو الذي يلامس الجدار المقدم للصدر  
 وينزلق عليه في أثناء حركة السستول والدياستول فيكون أكثر استماع  
 الاغطاء المرضية التامورية وهذا البطيخ الايمن أعني في المحل الذي يندفعه  
 استماع الاغطاء القلبية المرضية الناشئة عن التهاب الغشاء الباطن من  
 القلب والافات العضوية الصمامات ومن المهم في التمييز بين هذين المرضين  
 ايضا الزمن الذي تسمع فيه الاغطاء المرضية فانما في احوال التهاب الغشاء  
 الباطن من القلب تكون موافقة في الزمن لاغطاء القلب أو تحمل محلها  
 وأما في احوال التهاب التامور فانما تسبقها أو تعقبها وعندما يكون فعل  
 القلب شديدا أو مريعا يعسر الحكم بأن كان الاغطاء المرضي موافقا في الزمن  
 لاصوات القلب ام لا وهناك تعبيرا آخر وهو انه إذا دال الاغطاء المرضي فانه في

احوال التهاب التامور ~~كثيرا~~ ما يكون قاصر اعلى صفر محدود وأما في  
احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب فانه يعتمد الى بعيد بواسطة العمود  
الدموي كما قاله (جبرجر) والالفاظ التامورية يختلف محلها باختلاف  
اوضاع المريض فان القلب يتغير محله في السائل ايضا فاللفظ الذي لا يسمع  
الا عند وقوف المريض او استلقائه على احد الجانبين يكون دائما تاموريا  
كما ذكره (جرهرد) وبالجملة تكون الالفاظ الاحتكاكية أكثر وضوحا  
عند الضغط الخفيف على المسامع وفي الاحوال المشكوك فيها تمكك تنكفي  
المشاهدة المتكررة بجهة أيام حتى يزول الشك فان الالفاظ التامورية يندر  
أن تستمر زماما طويلا وان حصل ذلك فلا بد أن تغير محلها او وضعها

وان كانت الوريقة البليدور اوية المغطسة للتامور ممتية أمكن ظهور لفظ  
احتكاكي وري حتى تزحزح جزء البليدور الخشن عند فعل القلب عن  
البليدور الرئوية أو الضلعية الملاصقة وهذا اللفظ الاحتكاكي  
الخارج عن التامور يتغير عن اللفظ الاحتكاكي داخل هذا الغممة متى زال  
زوال تامامدة الشهيق فقط وقد شاهدت حالة واضحة أمكن فيها التحقق  
بالجس والترع من أن حافة الرئة المتقدمة مدة الشهيق كانت تدخل  
في الجيب المنصف المقدم فاصلة للأجزاء الخسنة من التامور والبليدور  
الضلعية عن بعضها

ويعسر الحكم على معرفة شكل التضخم في الحالة الراهنة من هذا المرض  
ومع ذلك فمعرفة اسباب هذا المرض ومدته يستنتج منها مع التقريب أحد  
اشكال هذا التضخم فان التهاب التامور الذي يضاعف الروماتزم الماصلي  
الحاد متى كان حديثا يكثر ان تضخم صلبا يلبس وأما التهاب الذي يحصل  
في أثناء التسمم الصديدي للدم ونحوه فنضجه يكون صديديا وأما التهاب  
التامور المزمن فانه في كثير من الاحوال يكون نضجه دمويا وأما الحكم بنوع  
الاضطراب المرضى العام على شكل التضخم فخطأ فان هذا الاضطراب يتعلق  
بالمرض الاصل لا بثل كل التضخم بل والبحث عن العلامات الطبيعية لا يرتكن  
اليه عند ظهور الالفاظ الاحتكاكية الاعلى وجود تراكمات ليفية خسنة وأما  
في أحوال التضخم الصديدي فان وريقتي التامور لا تصيران خسنة بين بحيث

لا يحصل اللفظ الاحتكا كبهذا

• (الحكم على العاقبة) •

الالتهاب التامورى متى انضم الى الرومازم المفصلى الحاد لا يودى للهلاك الانادرا وعين ذلك يقال بالنسبة للالتهاب التامورى الاولى الاصلى والجرحى فان المعلم (بجيرو) لم يشاهد حالة واحدة مهلكة فى عشرين حالة شاهدها منها سبعة عشر كانت مصاحبة للرومازم المفصلى الحاد وكذا التهاب التامور الذى يضاعف الالتهاب الرئوى والبلورى فان عاقبته جيدة كما ثبت أيضا من تقاويم المعلم (بجيرو) ونعكس الامر فى الاحوال التى فيها يطرأ هذا المرض على امراض غير قابلة للشفاء فانه فيها يسرع الانتهاء المحزن وان كان لا يحدته بنفسه

وقد ذكرنا عند الكلام على انتهاء الالتهاب التامورى كثرة عدد الامراض التابعة التى تختلف هذا المرض بعد انتهائهم سيره وهذه الامراض التابعة باختلاف شكلها تكون مهددة للحياة فيما بعد بسرعة او ببطء

• (المعالجة) •

معالجة التهاب التامور تؤخذ مما قررناه فى معالجة التهاب البلورى والتهاب الغشاء الباطن من القلب فليراجع أما القصد العام فلا يستدعيه هذا المرض فى حد ذاته فيقتصر على استعماله فى الاحوال التى فيها ينتج عن عوق استقراغ الاوردة فى القلب ظواهر ضغط فى الدماغ وتستدعى تنقيص كمية الدم وأما الاستقرانات الدموية الموضعية فانها تالطف الا سلام الموجودة فى قسم القلب وينبغى استعمالها متى صارت هذه الاكام متعبة للمريض

والاجود فى ذلك ارسال قدر عشر علقات أو عشرين على الحافة اليسرى من القص فان نجاح ذلك فى غالب الاحوال عظيم واستعمال التبريد فى هذا المرض ناجح أيضا ولذا يوصى بوضع شانات مملوءة بالجليد على قسم القلب وأما استعمال الورتين الذى أوصى به وارنج كوران وذكرانه ملطف للحمى ومنقص لضيق النفس ومحدث لافراز بولى غزير فليس له عندى تجارب شخصية فى منفعة، والى سبيل الناحية فى الاحوال التى فيها قبل القلب يكون

سريعاجدا وغير كاف بحيث تطرأ ظواهر سافورية واستسقاءية فانه ينشأ عنها اذ الشجرة عظيمة وأما الزئبق الحلو والمرهم الزئبقي فاستعمالهما وان بالغ في مدحه أطباء الانجليز فلا حاجة له في الغالب بل يضر أحيانا وأما استعمال ~~سكل~~ من مدرات البول والمسهلات الشديدة والاستحضارات البودية والحساراريق فيقال فيه ما ذكرناه في معالجة ذات الجنب على هذه الوسائط الدوائية وأما فقر الدم في أحوال الالتهاب التاموري المزمن فانه يستدعي استعمال غذاء مقوق والاستحضارات الحديدية وأما شلل القلب المهدد فيستدعي استعمال المنبهات

وان انضم الالتهاب التاموري الحاد الى الروماتزم المفضلي الحاد في المعلوم ان هذا الالتهاب يأخذ سيراجيدا ولوتركة ونفسه بل ربما كان تركه بدون علاج أجود وأتم فعلى الطبيب ان لا يغتر بفعل معالجة قوية مادامت العلامات الطبيعية لا يستدل منها الا على هذا المرض باقراده فانه شوهده العدد العظيم من شفاء هذا المرض في الاحوال التي جبهها المعلم (بمبرجر) عند فعل معالجة بسيطة جدا وغير قوية فلا يستعمل كل من ارسل العلق والتبريد ونحو ذلك الا عند وجود الدلالات العلاجية السابق ذكرها ولاجل مساعدة الامتصاص قدمدح المعلم المذكور استعمال الحرارة الرطبة ولا سيما الحساراريق الطيارة

وأما استعمال البزل فلا يفعل الا في الاحوال التي فيها مكابدات المريض القوية ولا سيما عسر التنفس تستدعي ذلك فتلجئ لاجرا ما ذكر ونجاح هذه العملية مجرد تسكين غير ان هذا الامر جيد جدا بالنسبة للمريض الذي لم يذق طعم النوم من منذ زمن طويل فبعد فعل العملية ينال حلا فيستريح في فراشه لو قسمه ولا يمكن قطع الحسك بالتجارب المعسومة الى وقتنا هذا ان كانت هذه العملية في بعض الاحوال ذات نجاح تام أم لا و اجراؤها يذكر في كتب الجراحة

• (المبحث الثاني) •

• (في التصاق التامور بالقلب) •

• (الصفتان التشريحية) •

التصاق التامور بالقلب انتها من انتهاآت التامور هذا الغشاء بحيث يرجع في كيفية ظهور ذلك وأسبابه الى ما ذكرناه في المبحث السابق والالتصاق يكون اما جزئيا أو عموما وهذا الالتصاق يتم اما بواسطة القوامتين أو بواسطة أحدهما وأثر طويله ومن المهم بالنسبة لشرح هذا المرض شرحا كافيته كما معرفة الصفة المختلفة من الغلاف القلبي فان ورد بقيت التامور المتصقتين مع بعضهما تكونان أحيانا قليلة السمكة جدا بحيث يظهر أن التامور مفقود وفي أحوال أخرى يكون التامور محفظة سمكة يابسة بل قد يظهر فيه بعض جزئيات عظمية ولا يندران بوجود في الحال التي فيها لم تكن وور يبقيا التامور ملتصقتين ببعضهما التصاقا كلياً اثر الضخ الالتهابي التاموري كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم

#### • (الاعراض والمسير) •

أما الالتصاق البسيط للتامور مع القلب فيظهر انه لا يعوق حركات هذا العضو عواظها فان هذا الغلاف لا يكون ملتصقا بجدار الصدر الا في امتداد قليل بواسطة منسوج خلوي هش فالاضطرابات الوظيفية التي تشاهد في هذا التغير مدة الحياة تتعلق بالاستحالة المرضية لجوهر القلب وبالآفات العنصرية للصمامات المصاحبة لذلك كما تتعلق بنتجلات مرضية سابقة من التهاب القلب نفسه

وأما التصاق التامور بالقلب الذي يكون فيه هذا العضو محاطا بآفة عضروفية أو ليفية صلبة فيمنع كمن فيه الا مر جدا فان هذه الحالة تحدث تناقضا في فعل القلب وهذا التناقض يرتقي الى أعلى درجة فان النبض يصير صغيرا جدا ويكاد يكون غير منتظم على الدوام وتحصل بسرعة ظواهر كل من عسر النفس والسبانوز والامتسقاء سيما وان جوهر القلب يكون ضاهرا ومكابد الاستحالة الشحمية وبالمبحث الطبيعي يستدل على التغير المرضي الناتج عنه اضطراب كل من الدورة وتوزيع الدم

ثم انه قد عدا ابتداء من العلامات الطبيعية لالتصاق القلب مع التامور عدم تغير أهمية القلب مدة الشبهق والزفير لكن سوا كان القلب ملتصقا بالتامور أو لم يكن ملتصقا به لا بد وان الرئة تنزح في أثناء الزفير العميق من

بين التامور وجدر الصدر كما انها بالعكس تمدفع بينهما مدة الشهيق لم يبق  
 أيضا ويرتب على ذلك ان أصحمة القلب تتناقص مدة الشهيق وتزيد مدة  
 الزفير في احوال التصاق القلب بالتامور وما لم يكن السطح الظاهر من التامور  
 ملتصقا بالليور الجدرانى وهناك عرض ثان يرتكن اليه وهو انه يشاهد  
 عند التصاق التامور بالقلب في الصفر الذي يحس فيه بضربات هذا العضو ولا  
 عن ارتفاع المسافة بين الاضلاع انخساف فيها وتوجيه هذه الظاهرة هو ان  
 القلب في أثناء انقباض البطينات يصير قصيرا فيقتصر عن ذلك حينئذ مسافة  
 فارغة فكان يرتب على ذلك انخساف المسافة بين الاضلاع حتى تلا هذا  
 الفراغ لولا ان هذه المسافة الفارغة لم تمتلئ بسقوط القلب نفسه فان كان  
 التامور ملتصقا بالقلب والجدر الصدر به معا فالقلب لا يمكنه السقوط الى  
 أسفل فيرتب على ذلك انخساف المسافة بين الاضلاع (وقد شبه المعلم جوهر  
 القلب الطبيعى بالنسبة لحركته بانسان ساقط من شجرة تجاذب أطرافه السفلى  
 اليه حال السقوط وأما القلب الملتصق بالتامور فتشبهه بانسان يبقى مع لقاى  
 الشجرة مع جذبه لأطرافه اليه) وتزيد أهمية هذا العرض متى شوه هذا ارتفاع  
 في المسافة الضلعية المذكورة في أثناء استرخاء البطينات وذلك يحصل بكونه  
 بعد انتماء الجذب المستولى للقلب يستطيل هذا العضو ثانيا فترجع قوته الى  
 محلها الطبيعى ومع ذلك فقد بقى هذا العرض في كثير من أحوال التصاق  
 التامور بالقلب فان حافة الرئة يمكنها ملء المسافة الفارغة الحاصلة من قصر  
 القلب مدة انقباضه وبالعكس ما لم يكن التامور ملتصقا بالليور في آن واحد  
 وان كان التامور متبنا بالعمود الفقري وملتصقا به شوه في أثناء الانقباض  
 البطينى انخساف في النصف السفلى من القص وينضم لذلك تبع المشاهدات  
 المعلم (فريدرايش) ظاهرة واضحة في أوردة العنق وهو انه يشاهد هبوط  
 الاوردة المذكورة في الزمن الذي فيه جدر الصدر التي كانت منخسفة في  
 أثناء الاستول ترجع بسرعة عند حلول الدياستول غير ان هذه الظاهرة  
 في الاحوال التي شاهدها المعلم (فريدرايش) لم تستمر الامدة زمن يسير  
 وتزول عندما يصير قل القلب هووكل من الانخساف المستولى بالجدر  
 الصدر ورجوعها السريع الدياستولى ضعيفا أيضا وحينئذ يمكن الحكم



بالبحث الطبيعى على التصاق التامور بالقلب فى بعض الاحوال لكن  
فى معظم الاحوال يدور الارتيكان الى قول المعلم (اسكودا) الذى نص عليه  
فى الطبىح الاول من كتابه وهو أن كلا من القرع والتسمع ليس له ظواهر  
يستدل بها على التصاق القلب بالتامور ولا يمكن التكلم على معالجة  
التصاق القلب بالتامور قطعاً

• (المبحث الثالث) •

• (فى الاستسقاء التامورى) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاستسقاء التامورى عبارة عن ازدياد فى الافراز الطبيعى القليل الزلاية  
لغلاف التامور المعروف بالسائل التامورى وقد ذكرنا ان ظهور القلب  
وصغر حجمه بذات عنهما ازدياد فى هذا الافراز بسبب تناقص الضغط المعروض  
لهذا السطح الباطن للتامور وعين ذلك يحصل متى تناقص حجم الرئتين  
المتصقتين بالتامور بان حصل ظهور فيه ماء أو بقية صغيرة فى الحجم بعد  
امتصاص الانسكاب البلورى أو حصل انكماش فى جوده رحما عقب  
التهاب ما المزمع وحصول هذا الشكل من الاستسقاء التامورى يطابق  
ازدياد السائل الدماغى الشوكى عند ظهور جوده رحما فىمكن تسميته  
حينئذ بالاستسقاء التامورى الناتج عن الفراغ كما يسمى كذلك الاستسقاء  
الدماغى

وهناك شكل آخر من الاستسقاء التامورى وهو الذى يحصل من عوق  
استفراغ الاوردة القلبية فى تجويف القلب الايمن اذ انه يترتب على ذلك  
ازدياد فى الضغط الواقع من الدم على جدار الاوردة التامورية فيحصل  
استسقاء فى التامور كما تحصل ارتشاحات استسقاءية فى تجاويف أغشية  
مصلية أخرى وفى المنسوج الخلوى تحت الجلد ومن هذا القبيل الاستسقاءات  
التامورية التى تحصل عند وجود آفات عضوية فى الصمامات القلبية وفى  
الانقباض الرئوية وييسر الرئتين وغيرها من الامراض التى فيها يمتلى القلب  
امتلاء عظيماً ويحصل عوق فى استفراغ دم الاوردة الاكلية والاوردة  
التامورية وفى جميع هذه الاحوال يمكن أن يظهر الاستسقاء التامورى قبل

غيره من الاستسقاءات الأخرى  
ويشكك الأمر في الشكل الثالث من الاستسقاء التاموري فإن هذا  
الاستسقاء هنا يعتبر نتيجة لسوء التقنية المائي ~~كغيره~~ من الاستسقاءات في  
تجاويف أخرى فإنه ان ظهرت استسقاءات ناشئة عن أمراض فيها يصير الدم  
قليل الزلالية وليسيل عظيم للارتشاح كان حصول الاستسقاء في التامور  
متأخرا جدا!

\*(الصفات التشريحية)\*

تبعاً لما ذكرناه فيما تقدم لا ينبغي ان يطلق لفظ الاستسقاء التاموري  
الاعلى تجمع سائل صاف قليل الزلالية في الغلاف القلبي فان احتوى السائل  
على كثير من المواد اللبنية عدها من الانسكابات الانتهائية وقد يكون هذا  
السائل مختلطاً بقليل من المواد الدموية وفي هذه الأحوال المصحوبة بسوء  
تقنية واضحة تكون تغذية جدران الاوعية التامورية اعتراتها تغير بحيث يحصل  
فهم اقترق حصول أنزفة قليلة في الجلد بكثرة (المعروف بالفش) في أحوال  
الاستسقاء الدموي يشابه ما يحصل في التامور في هذه الحالة الأخيرة

وتختلف كمية السائل المنسكب في الغلاف القلبي فان تجمع اوقيتين أو ثلاثة  
من السائل في هذا التجويف لا يعتبر مرضياً وكثيراً ما تبلغ كمية السائل  
المتجمع في التامور خصوصاً في أحوال الاستسقاء الدموي اربع اواق أو  
سنة وقد يتباين في أحوال أخرى خصوصاً الناشئة عن عوق في الدورة جلة  
او طال وعند ما يكون الارتشاح عظيماً يظهر التامور ذلون أبيض كالب  
فاقد الامعان ويفقد الشحم الكائن على القلب وقد يكون المنسوج الخلوي  
الكائن فوقه أوديمياوياً

والارتشاحات الاستسقاءية للتامور الغزيرة جداً تعدد هذا الغلاف وتضغط  
على الرئتين وتعد مجرى قلب الصدر كالانسكابات البليوراوية

\*(الاعراض والسير)\*

يقال في استسقاء التامور ما ذكرناه في الاستسقاء الصدري والاستسقاء  
التاموري وان كان يعتبر سابقاً عند قدماء الأطباء وعند العوام الآن مرضاً  
مخيفاً جداً الا يصبح في الحقيقة عده مرضاً قاعماً بذاته فان التجمع العظيم من

المصل في التامور ليس فقط مرضاً ثلويافياً بجميع الاحوال بل ان الاعراض  
الخطيرة للاستسقاء التامورى تتعلق بالمرض الاصلى لابلان سكا ب  
السائل وتجمعه في الغلاف القابى وتخصيص هذا المرض قبل ايجاد البعث  
الطبيعى وتحقيقه بالصفات النشيرية بحسب فانه مبنى على ان الاعراض التى  
كان يرتكن اليها فى تشخيصه تختص بمرض تحدث ارتشاحات التامور  
كما تحدث ظواهر استسقاءية فى أعضاء أخرى وهى على الخصوص الانقيزيميا  
الرئوية والآفات العضوية للصمامات القلبية

وبالارتشاحات المصلية العظيمة فى التامور التى تضغط على الرئة يزداد ولا بد  
عسر النفس الناشئ عن المرض الاصلى فان الارتشاح يزداد غالباً فى كون  
المرضى لا يمكنهم النوم فى الفراش بدون أن يحصل لها الاحساس بالاختناق  
فتجبر على أن تضى ليلاً ونهارها جالسة فى الفراش مع الميل الى الامام أو  
جالسة على كرسى

وبالجمل فبالضغط الواقع من السائل على القلب والاعية الغليظة يحصل  
عوق استقراغ أو ردة الدورة العظمى بحيث ان الاوردة الودجسة تنتفخ  
انتفاخاً عظيماً يزداد كل من السيانوز والارتشاحات الاستسقاءية لمكن  
هما كثر وجود الاعراض المذكورة عند المرضى الذين اعتراهم الاستسقاء  
التامورى لا يحصل تشخيص الاستسقاء التامورى مع التاكيد ولو  
فى الاحوال التى فيها لا يقدر عرض من الاعراض المذكورة ما يستدل على  
ذلك بالبحث الطبيعى استدلالاً قوياً فان جميع الاعراض المذكورة توجد  
بدون ازدياد فى السائل التامورى

والبحث الطبيعى يستدل به (ولو بدرجة عملى الانسكابات البليوراوية  
الالتهابية) على تحدد فى قسم القلب وانحماض المسافات بين الاضلاع  
وضعف عظيم فى ضربات القلب التى كثيرا ما لا يحس بها بالكلية خصوصاً  
عند استلقاء المريض على ظهره وعند ما يكون الارتشاح عظيماً تكون أصمية  
القلب متزايدة بشرط ان الحوافى المقدمة للرتين يحكم الانكماش وتظهر هذه  
الأصمية بالنسبة لشكلها واختلافها على حسب استلقاء المريض او جلوسه  
جميع الاوصاف التى بينهاها فى الانسكابات التامورية ويكثرها عدم

انكمش حافة الرئتين زيادة عما يشاهد في التهابات التامورية بسبب وجود  
الانقباض الرئوية أو التصاق البلعور الحشوية بالبلعور الجدرانية  
وحينئذ تكون أهمية القلب غير متزايدة ولومع وجود ارتشاح عظيم جدا  
وعند التسرع بحس بالغاط قلبية تقيية لكن ضعيفة للغاية فلا تسع الغاط  
احتكاكية مطلقا ما لم توجد مضاعفات بأنفاس عضوية في صمامات  
القلب

### • (المعالجة) •

يقال في معالجة الاستسقاء التاموري جميع ما ذكرناه في معالجة الاستسقاء  
الصدرى فالعلاج العلة الوحيدة هي معالجة المرض الاصل ويندر أن  
يمكننا تقليل حجم السائل المتجمع في التامور بواسطة المدرات للبول  
والمسهلات الشديدة

### • (المبحث الرابع) •

#### • (في التجمع الغازى للتامور) •

قد ينفذ الهواء في غلاف القلب عقب الجروح الصدرية النافذة  
وفي أحوال أخرى قد ينفذ في الأعضاء المجاورة المشتملة على هواء عقب  
تمزق جدر هذا الغلاف واثقابه بتغيرات مفسدة له وذلك مثل ما حصل  
في الحالة التي شاهدها وشرحها الطبيب (تيتل) أحد المساعدين لي في جرنال  
الاكلينيك الألماني فان التجمع الغازى للتامور كان ناشئا في تلك الحالة عن  
انفجار سرطان المرى في التامور عقب التصاقه به وقد شاهد كثير من الأطباء  
هذا المرض عقب ثقب القروح المعدية البسيطة والسرطانية وعقب  
انفجار كهوف رئوية سطحية في تجويف التامور وبالجملة يظهر أن بعض  
الاندكابات الانتهائية التامورية الآيلة للفساد يتولد منها تصاعدات  
غازية في باطن هذا الغلاف وعند فعل الصفات التشرجية يوجد الغلاف  
القابى في الغالب متداعدا عظيميا بعضه ناشئ من الهواء وبعضه من سائل  
قيحي أو صديدي وهذا الأخير يكون متحصلا للتهاب تامورى حديث ناشئ  
عن دخول الهواء أو الصديد السرطاني أو بعض جزئيات من الجوهر  
الرئوي المفسدة في غلاف القلب أو عن التهاب تامورى حزم من فيهاذا كان

التجمع الغازي للتامور متكوناً من غازات من قهمل الضمخ التاموري وعند  
برز التامور المتوتر يخرج منه الهواء بلفظ صغيري عادة

ثم ان التجمع الغازي التاموري الذي هو نادراً الحصول بالنسبة للتجمع  
الغازي الصدرى يسهل معرفته على الدوام فان الاعراض المحسوسة  
للمريض الناشئة عن انثقاب التامور ودخول الهواء اوجز بثبات بعض  
المسوجات فيه وان كانت ليست كثيرة الوضوح وكانت تلك التغيرات  
محصوبة على الدوام بالخطاطم العظيم في قوى المرضى بحيث لا تشكى عند  
السؤال منها ولا تعطى الا أجوبة غير مفيدة تكون بمكس ذلك الاعراض  
المدركة للطبيب كثيرة الوضوح جداً فيسمع غالباً ولوم من بعد قليل عن المريض  
لفظ شبيه باللفظ الذى يحصل من تقوُّج جسم صلب في الماء (المعبر عنه في لغة  
العوام بالطرطشة) وهذا اللفظ يظهر ويختفي في أزمنة قصيرة دورية منتظمة  
ولا بد أنه ناشئ عن كون السائل المتصفر في التامور مع الهواء تقوُّج بحركات  
القلب وعند البحث بالنظر يرى قسم القلب مرتفعاً ارتفاعاً واضحا والمسافات  
بين الاضلاع منجحية مادامت جذرا الصدر مرنة وضرىات القلب تكون غير  
واضحة او مقودة بالكلية وعند القوع تفقد أهمية القلب فيكون صوت  
القرع في قسم القلب غملاً زائفاً طليماً أو يكون هذا القسم ذا رنانة معدنية  
وعند السمع يحس بلفظ تقوُّج السائل السابق ذكره ويوجد مع ذلك الغاط  
قابلية ضعيفة أو الغاط احتسكا كية مع رنانة معدنية

ثم ان جميع أحوال هذا المرض ينتهى بالموت بسرعة ما عدا الاحوال التى  
تكون ناشئة عن جروح نافذة ويتضح هذا السير انطيت بسهولة مده  
الانفصاط العظيم للمرضى والالتهاب التامورى المصاحب للتجمع الغازي  
في هذا الغلاف وأما التجمع الغازي الجرحى له فكثيراً ما شوهد شفاؤه  
والمعالجة هنا لا تكون الاعرضية فانه في غالب الاحوال يقتصر على  
استعمال المنبهات المنعشة

\*(المبحث الخامس)\*

\*(فى درن التامور)\*

درن جوه التامور لا يشاهد الا في أحوال الدرن الدخنى الحاد والتعقدات

الاماعة السخاية لا يعترها تغيرات أخرى فان المريض به لم قبل أن ينضج  
دون التامور بأدنى ظاهرة مرضية

وأكثر من ذلك مشاهدة تكون الدرن في الأغشية الكاذبة الحديثة التي  
تظهر على التامور في أثناء سير التهاب المزمن (وهذا ما يسمى بالتهاب  
التاموري الدرني) وفي مثل هذه الأحوال يوجد غالباً القيح القلبي  
انسكاب دموي ويكون التامور موشها بتصبغات درنية شفافة في الابتداء ثم  
مصفرة جينية لكن يتدرأ أن تستحيل إلى صديد درني حقيق وأعراض هذا  
الشكل من دون التامور لا يمكن تمييزها عن أعراض التهاب التامور  
المزمن

\*(المبحث السادس)\*

\*(في سرطان التامور)\*

يكاد يكون سرطان التامور امتداداً من سرطان الفص أو الجلباب المصنف  
المقدم وأحياناً يتبدأ به مع الانتشار بحيث يستحيل معظم التامور إلى مادة  
سرطانية وأحياناً يكون مكتوناً لعقد سرطانية مستديرة أو مفرطة ويندر  
حصول هذا السرطان حصوا ذاتياً عقب استئصال سرطان ظاهري  
وحيث يكاد يوجد على الدوام مع ذلك عقد سرطانية في أعضاء وأغشية  
مصلية أخرى ويتكون السرطان في التامور لا بد وأن يزداد تجمع السائل  
التاموري فيه ويكون هذا السائل محتوي على المواد اللينة التي تتعقد فيها  
بعد كالسائل المتكون في أحوال سرطان البريتون أو البلورا وفي النادر  
يمكن الحكم بالتقرىب على تكون سرطان في التامور وتخصيصه بواسطة  
العلامات الدالة على تزايد الارشاح التاموري شيئاً فشيئاً عقب استئصال  
سرطان من الصدر

\*(الفصل الثالث)\*

\*(في أمراض الاوعية الغليظة)\*

\*(المبحث الاول)\*

في التهاب طبقات الاورطى\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

من الجسد شرح كل من التهاب الطبقة الغمدية والوسطى والباطنة على  
اقتراده فان حصول الالتهابات الحادة للطبقة الغمدية من الاورطى نادروا  
حصلت نكاد تكون على الدوام امتدادا من التهاب وتقرح الاعضاء  
المجاورة كالغدد اللعابية والمرى والقنطرة الهوائية وأكثر من ذلك  
دعولا الالتهابات المزمنة لهذه الطبقة الغمدية غير أن حصولها حصولا  
ذاتيا نادروا كما تصاحب هذه الالتهابات المزمنة التهاب التامور فتصيب  
منشأ الاورطى أو أنها تصاحب التهاب الغشاء الباطن من القلب وحينئذ  
تتدامتدادا عظيما وأما التهاب الطبقة الوسطى فكثيرا ما يشتد لتمع  
التهاب الطبقة الغمدية وتصاب هذه الطبقة أيضا عند وجود التهاب مزمن  
في الطبقة الباطنة من الشريان لكن يندر اصابته بحالة التهابية بل الغالب  
أن تكون مجلسا مجرد ضمور واستحالة شحمية

وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة لهذا الشريان فانه يعتبر من ضمن  
الامراض الكثيرة الحسول جداتبعها العلم (ورجوف) واعتبار الثغانة  
الهلامية والنصف غضروفية للطبقة الباطنة من هذا الشريان اللتين  
سنتكلم عليهما في المبحث الثاني ونتج عن كل منهما اثرهما بالحد الشريانية  
وتعاقبهما من جهة الالتهابات الجوهرية متبني على كونه يوجد في الاستحالات  
المدكورة تغيرات غذائية قوية واضحة مع توافر العناصر الطبيعية وكونه  
يثبت في كثير من الاحوال ان هذه التغيرات الغذائية تنتج عن تهيجات  
لاواسطية أثرت في جدران الشرايين وذلك كالتعدد والتورث الغير الطبيعيين  
لها راجع كيفية ظهور التهاب الغشاء الباطن للقلب واسبابه وفي أحوال  
أخرى وان كان لا يمكن اثبات تأثير المهيئات اللاواسطية على جدران الشرايين  
لكن حيث ان التغيرات للتشر بجمعية هي كالسابقة جاز القول بأن المهيئات  
الموجودة المؤثرة على الشرايين كانت خفية علينا

والالتهاب الشرياني المشوه الذي هو الالتهاب المزمن من الطبقة الباطنة  
الشريانية كما سماه المعلم (ورجوف) يشاهد بكثرة جدا عند الأشخاص  
المتقدمين في السن واكثر وجوده في المحال المعرضة للجذب والتمدد بكثرة  
كالجزء الصاعد من الاورطى وقوسه ومحل منشأ القروغ الشريانية منه

وماعدا ذلك فكثيرا ما يشاهد هذا المرض عند الاشخاص الذين اعتراهم  
 الروماتزم والنقرس والدا الزهري وكذا عند المدمنين على الخمر ولا يجوز  
 لنا القول بأنه في مثل هذه الاحوال المصنوعة بسوء مقنينة روماتزمية  
 أو زهرية أو نقرسية بأن سوء القنية الغير الطبيعي هو الذي احدث المرض  
 بطريقة لا واسطية وأنه يوجد فيها مهييج يدور في الدورة ويحدث تهيجا التهابيا  
 في الطبقة الباطنة من الشرايين وبالجملة يصاحب الالتهاب الشرياني  
 الباطن ضخامة القلب ولوعند الشبان الغير المعتريهم من سوء القنية  
 ويظهر انه يصيب على الخصوص أجزاء الشرايين المتعددة وهذه الاحوال  
 تدل دلالة واضحة على ارتباط هذا التغير المرضي بالمهيجات التي تصيب جدار  
 الشرايين

### • (الصفات التشريحية) •

من النادر ما شاهدت فحيمات قحبية أو صليبية في جوفهر الطبقة الغمدية  
 الشريانية والذي تكثر مشاهدته هو بقايا الالتهابات المزمنة على هيئة  
 تمكثات نرلى فتكون الطبقة الخلوية الشريانية مجلسا لخانة ندية وقطر  
 الشريان يكون اذ ذلك مضاعفا في الابتداء ثم يتسع فيما بعد  
 وأما التهاب الطبقة الوسطى فانه يتبدى باحمرار لطخي مجلسه أسفل الطبقة  
 الباطنة وعن قريب تصير الابواء الملتهبة مبيضة أو مصفرة بسرعة ثم ترتفع  
 على السطح الباطن للشريان وتكون مشابة لبثور صغيرة ويوجد  
 في الابتداء نفوسات التهابية صغيرة تملأ فيما بعد فتتكون كرات صليبية  
 وحينئذ يمكن أن تظهر خراجات حقيقية صغيرة في جدار الشريان  
 وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة من الشريان فانه يتبدى برخاوة  
 وارتشاح فيما أو باختلاف درجة هذا الارتشاح يتنوع هذا المرض الى  
 شكلين كثيرا ما اعتبرنا درجتين مختلفتين له في الشكل الاول وهو الخانة  
 الهلامية للطبقة الباطنة من الشرايين يظهر على سطحها الباطني طبقة  
 هلامية رخوة حمراء باهتة تارة معدودة وتارة ممتدة وهذه الطبقة يسهل  
 نزاعها على هيئة مادة هلامية وهي تشغل على جوفهر خلاقي لين شبيه بالمواد  
 الخطابية فيخبر فيه الياف مرنة دقيقة وتراكبات من أخلية مستديرة



أو مغزلية وتكون هذه الطبقة ملتصقة بالغشاء الباطن من الشريان ومغطاة بطبقته البشيرية

وأما الشكل الثاني وهو الثخانة النصف غضروفية فقيه توجد على السطح الباطن من الشريان صفائح لماعة زرقاء مبيضة شبيهة بالمواد الرلاية المتعقدة وجوهر الطبقة الباطنة وإن كان هنا أيضا ومر تشحا أيضا لأنه يكون حافظا للتماسك وتيمس عظيمين زيادة عما في الشكل السابق ويكتسب فيما بعد قواما غضروفيا وبالجث بالمكروسكوب تظهر في هذه الأجزاء النخنية النصف غضروفية أخلية عديدة مغزلية أو شبكية ولا سيما حزم عريضة من منسوج خلوي وهذه الحزم عبارة عن امتداد لاواسطى لصفاق الطبقة الباطنة

ثم إن التغيرات التابعة التي تعترى الضخامة الالتامية من الطبقة الباطنة تكون إما عبارة عن استحالة شمعية أو استحالة كاسية أو عظمية

أما الاستحالة الشمعية فأنما تنبسط في أحوال الثخانة الهلامية في الطبقات السطحية غالبا وتتشامن الأخيلة السابق ذكرها بخلاف جوهرها الضامر فإنه يتلاشى فيصير السطح الظاهر من الشريان خشنا زغبيا وقدمي المعلم (ورجوف) هذا التغيير بالتلاشي الشمعي وأما الاستحالة الشمعية التي تعترى الثخانة النصف غضروفية فأنما تنبسط في الطبقات الغائرة وهنا أيضا تراكم قطع شمعية عديدة حول نويات أخلية الجوهر الخلوي بحيث أن هذه الأخيلة تتحول إلى خلايا شمعية ذات شكل نجمي ثم يتلاشى الغشاء الخلوي لهذه الخلايا فتصير النخبيات الشمعية ساقية وتتلاشى أيضا الحزم الخلوية وينتشد نغشاجينية شمعية ذات لون أصفر عديم وهذه العجينة تستعمل على كرات دهنية وبلورات عديدة كوليسترينيه وبقايا الاشرطة الخلوية المتلاشية وهذا ما يسمى بالاثروم حقيقة ومادامت هذه العجينة الشمعية مغطاة بطبقة رقيقة من الغشاء الباطن للشريان ومنعزلة عن تيار الدم سمي ذلك بالثور الاثروم أو ثمة ثم متى تلاشت هذه الطبقة الخفيفة وصارت هذه العجينة معرضة لتيار الدم تلاشى بعض اجزائها وحصل فقد جوهر ذي حواف مشرزمة فينشأ ما يسمى بالانثروم بالانقروح الاثروم أو زرقية

الاثيروم للتلاشي الشخصي كنسبة خراج لقرحة  
وأما الاستحالة الكلسية فهي عبارة عن تراكم املاح كاسية في الطبقات  
الغائرة من النخن النصف غضروفي وقد يوجد في الصفائح العظمية  
الناشئة عن ذلك كرات ذات أدران شبيهة بالجسيمات العظمية وهي بقايا  
أخيلة المنسوج الخساوي بحيث يجوز تسمية ذلك بالعظم لا بالتكلس  
والشريانين الصغيرة تستحيل بترأكم المواد الكلسية فيها الى قنوات هشة  
الجدروا أما الاورطى فغيبه تظهر الاستحالة العظمية على هيئة قشور متفاوتة  
العدد والعظم او على هيئة صفائح مكونة لانفاجات سطحية على السطح  
الباطن من هذا الشريان ومغطاة بطبقة رقيقة من غشائه الباطن فتسكون  
منعزلة عن تيار الدم ثم تقدم التعميم فيما بعد حتى يصل الى سطحه الظاهر  
فتتعرى الصفائح العظمية وتتصل أحيانا بتيار الدم وقد تسكون بروزات  
تتراكم عليها مواد ليفية من الدم

والطبقة الوسطى من الشريان تكون قليلة التغير في ابتداء هذا المرض  
وعند تقدم الاحتمالة العينية الدهنية للشريان تصبح هذه الطبقة متغيرة  
اللون مسترخية متشققة ويترأكم حول صفائحها كثير من الشحم وعند  
تعميم الطبقة الباطنة من الشريان تكون الغائبة الوسطى الكاذبة أقل  
منها مسترقة في الغالب وضامرة والطبقة الغمدية تكون كذلك غير متغيرة  
في ابتداء هذا التغير المرضي ثم تنتفخ فيما بعد وتضمير نخسية ندبية

وفي أحوال كثيرة يوجد في الاورطى التغيرات التي شرحناها بدرجاتها  
المختلفة مع بعضها فتوجد النخانة الهلامية واليتمف غضروفية في بعض  
المحال وفي غيره توجد البثور الاثيروماوزية والتقرح الاثيروماوزي وفي  
محال أخرى توجد الاستحالة الكلسية على هيئة انبعاثات مغطاة بطبقة  
رقيقة من الغشاء الباطن للشريان وفي غيرها توجد الاستحالة العظمية على  
هيئة صفائح بارزة في فجويف الشريان

\*(الاعراض والسير)\*

الانحباب الحاد للطبقة الغمدية من الاورطى وتقرحها لا يمكن وصفه  
وشرحه شرحا كافيا كما قال الاحوال النادرة التي شوهد فيها هذا

التغير كادت تكون مضاعفة على الدوام بتغيرات مرضية ثقيلة أخرى وهذا يقال بالنسبة لأعراض الالتهاب المزمن من الطبقة الغمدية والخراجات التي قد تشاهد في الطبقة الوسطى من هذا الشريان

وكذا الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة منه وانتهائها المسماة عادة بالاثريوم فإن أعراضه قليلة جدا مادامت لم تؤد لحصول ورم اينوريزماوى فى الاورطى أو غزقه أو انسداد بعض الفروع الشريانية الرقيقة عقب دفع جلط دموية منعقدة فيها وأما اينوريزما الاورطى وغزقه فستسلكم عليهم مافى المبحث الثانى والثالث وأما نتائج البعد فتعرض لها فى محلات مختلفة

ثم ان فقد الاورطى مرضه عند تقدم الاستحالات التي تعترى جداره واشتركت التفرعات الشريانية الأخرى فى ذلك ازدادت مجهودات القلب فينشأ عن ذلك ضخامة فيه وان امتد الالتهاب المزمن من جدار الأهر الى صماماته أمكن ان ينشأ عن ذلك عدم كفاية غلق أو تضيق فيها وقد لا تحصل ضخامة فى القلب وذلك اما لكون التغذية العامة للجسم مضطربة اضطرابا عظيميا أو لكون التغذية الموجودة لا تكفى فى معادلة العائق الدورى الناشئ عن استئصال جدار الاورطى وتفرعاتها أو لكون الضخامة الحقيقية المعادلة للقلب ينشأ عنها تضخامة غير حقيقية فيما بعد عقب استحالة جوفه الى حالة مرضية

ثم ان الامر المهم الذى يرتكز اليه فى تشخيص الالتهاب المزمن للغشاء الباطن من الاورطى هو اثبات ذلك فى الشرايين الثانوية من الجسم اذ بذلك يحكم على ان الاصابة المرضية بوجودها يضاف الى الاورطى ومتقدمة فيه زيادة عما فى التفرعات الشريانية والنقص عند المرضى يكون صلبا عملاقا بسبب يوسعة جدار الشرايين وتعدد هياكل الشرايين المستطيلة ذات سير متعرج ومحلات اغصانها تصيرا كثروضا عند دفع كل موجة دموية والنقص يكون كثير الوضوح ويحسن بالشرايين كأنها أحياء يابسة محدودة ولولم تعدد بالموجة الدموية

وكل من الفرع والقسم لا يستدل منه على شئ بالنسبة لتشخيص هذا المرض ما لم يحصل تعدد اينوريزماوى فى الاورطى ويندر استماع الغاط

مرضية بدون تغيرات في القوّهات الصمّامية عقب وجود خشونة على السطح  
الباطن من الاورطى أو يكون تبعاً للمعلم (بمبرج) اللفظ الاول من الاورطى  
أصم وغير واضح غالباً أو مفقوداً وأما اللفظ الثانى من هذا الشريان فإنه  
يكون غالباً معدّلاً يعلقى كانت جذر الاورطى موشعة بصفيحات عظمية  
ولو كانت الصمّامات دقيقة مرنة وقادرة على الغلق

• (المبحث الثانى) •

• (في اينوديزما الاورطى) •

الورم الاينوديزماوى للاورطى الناشئ عن جروح هذا الشريان شرحه  
يخص علم الجراحة ولا يشاهد في هذا الشريان الا الورم الاينوديزماوى  
الذائق أعنى التمدد الجزئى للاورطى الناشئ عن استئصال مرضية في جذر  
هذا الشريان وأما التمدد المستوى لجميع قناة هذا الشريان الذى  
يؤدى لحصول تضخمة القلب ويوجد أعلى من محل تضيقه فلا يعد من جلة  
الاينوديزما

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاستحالات المرضية لجذر الاورطى التى تؤدى لحصول ورم اينوديزماوى  
فيه غالباً منها انتمآت الالتهاب الباطن للشريان الذى سبق شرحه في المبحث  
الاول ولا سيما الاثريوما ومنها حصول الاينوديزما بكثرة في هذا الشريان  
عقب استئصال شصية بسيطة في الطبقة الباطنة والوسطى منه وهى  
اصابة مرضية لم تذكرها في المبحث الاول لانها ليس لها ارتباط بالتغيرات  
الانتهائية التى بينها هائله فانه في أحوال الاستحالة الشصية البسيطة  
لا تسبق التغيرات التابعة بنخ ولا تضخمة في الطبقة الباطنة من الشريان  
بل اتمامها من الابتداء محلات لماعة مبيضة أو مبيضة مصفرة مكسبة  
لاشكال محتلفة وبارزة قليلاً على السطح الباطن من هذا الوعاء وهى ناشئة  
عن تراكم جزئيات شصية في جوفها أغشية الشريان الاورطى ومنه ان  
الظهور البسيط ورقه جذر هذا الشريان كما يشاهد ذلك بكثرة عند التقدم  
في السن يؤدى الى حصول الاينوديزما فيه وأما حصول التمدد  
الاينوديزماوى في هذا الشريان عقب شلل الاعصاب الوعائية المحركة

(الذي قال به دوكنتسكي) فهو أمر مشكوك فيه سيما وان هذا الشريان  
قليل الالياف المرنة بالكلية

ثم اننا بالاستحقاقات السابق ذكرها سيما الاستحقاقات التي تعمري الطبقة  
الوسطى يفقد هذا الشريان مرونته تارة في اصقار محدودة وتارة في امتداد  
عظيم وتتمدد شيئا فشيئا بضغط العمود الدموي عليها ويظهر ان الياف  
الطبيقة الحلقية من الشريان تتباعد عن بعضها تباعدا فجائيا أحيانا  
بازدياد ضغط الدم ضغطا عظيما وحينئذ يحصل تمدد سريع في الطبقة  
الباطنية والغمدية وكثير من المرضى العتريهم اينوريزما الاورطى يزعمون  
معرفة الوقت الذي ابتدأ فيه هذا المرض عندهم ويقولون ان سببه كان من  
فعل مجهود عضلي شاق أو حمل ثقل عظيم وقد ذكرنا فيما تقدم ان الانقباض  
العام لعضلات الجسم يزيد في الضغط الباطن للعمود الدموي سيما وان عددا  
عظيما من الاوعية الشعرية تجتر من العضلات ويظهر كذلك انه قد يحصل  
تفريق اتصال من هذا القبيل في الطبقة المتوسطة لجدار الشريان عقب  
ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما أقله ان كثير من المرضى من ينسب ابتداء  
مرضه لسقطة عظيمة من محل مرتفع وعندما تكون جدار هذا الشريان  
سلمية لا تحدث المؤثرات المضرة المذكورة وربما اينوريزما ياتي الاورطى  
ولذا لا تعرف أسباب هذا المرض معرفة تامة في كثير من الاحوال

ثم انه يندر وجود اينوريزما الاورطى عند الشبان بل الغالب انه يصيب  
الاشخاص المتقدمين في السن الذين يكون عندهم التهاب المزمن لجدار  
هذا الشريان ظاهرة كثيرة الحصول جدا وتصاب به الرجال أكثر من النساء  
لكن حيث ان اغلب احوال اينوريزما الاورطى تشاهد عند الرجال  
المستغلين بأشغال جسمية قوية فيظهر أن الاختلاف النوعي بالنسبة  
للاصابة به متعلق باختلاف الاشغال في النساء والرجال

\*(الصقات القشرية)\*

تقسم الاينوريزما للمعلم (امكريا) مبق على عددا الطبقات التي توجد  
في جدار الورم الاينوريزماوى فالورم المذكور الذي تكون جداره  
مكونة من الطبقات الثلاثة يسمى بالاينوريزما الصادق واما الاينوريزما

المسكونة جدره من الطبقة الغمدية باقرا دها فيسمى بالاي نور يزما الكاذب  
أو الغمدى وأما الاينور يزما المسكونة جدره من الطبقة الباطنة للشر يار  
بعدت وجهها من بين اليااف الطبقة الوسطى سواء كان تكوينا جدره على  
انصرادها أو مع الطبقة الغمدية فيسمى حينئذ بالاي نور يزما الباطنى أو  
الغمدى وقد ترك هذا التقسيم ووجد غير صواب فان الاورام الاينور يزماوية  
كثيرا ما تكون فى ابتداء تكوينا صادقة ثم فيما بعد عند تمددها تعدد اعظما  
تصير كاذبة اى غمدية بل كثيرا ما يكون الورم الاينور يزماوى نصفه صادق  
ونصفه الآخر كاذب

والاجود تقسيم الاينور يزما على حسب شكله فينقسم الى اينور يزما منتشر  
والى اينور يزما محدود

فالاي نور يزما المنتشر يكون التمدد فيه مصيبا لامتداد عظيم من الشريان  
فى جميع اقطاره وان كان هذا التمدد منتهيا دفعة معى الاينور يزما  
بالاسطوانى وان كان انتهاءه تدريجيا معى بالغزلى والاينور يزما  
المنتشر يكون على الدوام صادقا بالنسبة لاعتبار اسكربا وتقسيمه وهو  
يوجد غالبا فى الجزء الابتدائى من الاورطى وقوسه وكثيرا ما يوجد هذا  
الشكل من الاينور يزما مع الشكل المحدود فى آن واحد معى انه يوجد  
فى الشريان المتمدد عند انتشاره ممتددا محدودا على هيئة جيب  
وأما الاينور يزما المحدود فهو عبارة عن تمدد قاصر على جزء محدود من  
الشريان وقد يمدد الشريان أحيانا فى جميع اتجاهاته فيكون الاينور يزما  
مكونا لورم عام لجميع اقطار الشريان وسعك لكان غالب أن يكون التمدد  
قاصرا على بعض جدره فالاي نور يزما الذى جدره ترتفع زواوية امام الجدر  
الطبيعية من الشريان يكون ورما جانبيا فيه شبه جيب وقد يتكون على  
الجيب الاينور يزماوى الابتدائى غددات ثانوية على شكل بروزات  
متفاوتة العظم وفى الابتداء يكون هذا الورم الاينور يزماوى متكونا من  
جميع طبقات الشريان فيكون حينئذ اينور يزما صادقا على حسب اعتبار  
اسكربا وتقسيمه لكن فى الاورام الاينور يزماوية الجيبية لا يمكن اتباع  
الطبقة الباطنة من الشريان الا فى امتداد قليل من باطن الاينور يزما

وفي أعلى اصفر هذا الورم تفقد الطبقة الوسطى أيضا بالكلية ومع ذلك يوجد  
بعض آثار من الطبقة الباطنة في اصفر متباعدة عن بعضها وهذا النوع  
مخصوص من الاينوريزما الجببي وهو الاينوريزما ذو العنق وفي مثل  
هذه الاحوال يكون التمدد بقليل من جدر الشريان ومتى صار التمدد  
عظيما انعطف جدار الورم الاينوريزماوى على القناة الشريانية فيتكون  
و يحل الانعطاف ثنية داخلية ترى بالنظر اليها من جهة الباطن كحاجز  
وأما عند النظر اليها من الظاهر فانها تظهر على شكل ميزاب في جدار الورم  
وفي هذا الجيب الاينوريزماوى لا توجد الطبقة الوسطى الا في امتداد قليل  
من هذا الورم فانما لا يتجاوز عنقه وجدره فتكون من الطبقة الباطنة  
والغمدية (وهذا ما يسمى بالاينوريزما المختلط الباطن وبالاينوريزما  
الفتني)

وعند ما يكون الورم الاينوريزماوى عظيما جدا تنزل أخيرا جميع الطبقات  
بالضغط الواقع عليها فالاعضاء المجاورة للفتني بها الورم الاينوريزماوى  
تكون جدره فيما بعد وان كان التمدد يندرج باصارت الجدار الجديدة  
بابسة جدا يتكون منسوج خلوي جديد وأما ان كان غزو الورم سريرا صارت  
جدره مستترقة وتخرق الورم الاينوريزماوى بسرعة وان كان الورم  
الاينوريزماوى ملامسا لعضوات مقاومة كالعظام اعترها ضرر وتلاش  
كما يعتري الورم نفسه وبعد انخماص جماعى العظام تنعري وتبرز في الورم ويكاد  
يوجد على الدوام في باطن الاورام الاينوريزماوية سحبا الخيمية تراكمت من  
مواد ليفية مكونة لجلطة طبقات فالذي يكون منها هو جدر الشريان يكون  
مصفر اللون جافا سمكا والذي يكون قريبا من التيار الدموي يكون حمرا  
رخاوي يوجد بينهما مواد دموية منعقدة ذات لون مسمر أوبني والاعبسة  
الدموية الناشئة من الورم الاينوريزماوى يعتريها زيادة عن تضيقها عقب  
تعظمها انسداد بواسطة انعقادات ليفية فلا يمكن مرور الدم منها وقد يحصل  
فيها في أحوال أخرى تضيق أو انسداد عقب ضغط الورم الاينوريزماوى  
عليها وهذه التغيرات التي تعتري الشرايين الناشئة من ورم اينوريزماوى  
معرفتها مهمة بالنسبة لتشخيص الاورام المذكورة

وحجم الاورام الاينوريزماوية الاورطية يختلف فيندران يمتدد الاينوريزما  
تعدد ا عظيم اذا دخل التامور بل الغالب انها تنفجر بسرعة وأما الاورام  
الاينوريزماوية الابهريه التي تنفثا خارج التامور فانها قد تبلغ حجم رأس  
الكهل

ثم ان تأثير هذه الاورام على الاجزاء المحيطة بها يتعلق بالضغط الواقع منها على  
هذه الاجزاء واندفاعها بها فكل من القصبة الهوائية والشعب والمرى  
والاووية الغليظة في تجويف الصدر والاعصاب يتحول عن محله أو يضر من  
الضغط الواقع عليه وأما لين العظام وانماؤها فقد يؤدي الى افتتاح القناة  
النخريه وانماء الغضاريف والعظام الصدرية فيظهر الورم الاينوريزماوي  
نحو الظاهر على هيئة ورم مغلي بالاجزاء الرخوة

وحيث ان تعدد الاورطى يزيد في فعل القلب ويجهدانه يكاد يعترى هذا  
العضو ضامة على الدوام

والشفاء الذاتي للاينوريزما الابهري عقب امتلاء الكيس امتلاء تاما  
بواسطة انعقادات ليفية واضمحلال تالفي من التوادد العظمية جدا وأما  
الاشكال الاخرى من الشفاء الذاتي الذي يحصل في اينوريزما الشرايين  
الدائرية فمصولها في الابهري غير ممكن وأكثر من الشفاء حصول الانقباض  
الذاتي للاينوريزما ما لم يحصل الانتهاء المحزن قبل ذلك بواسطة تأثير الورم  
الاينوريزماوي على الدورة أو بواسطة انضغاط الاعضاء المجاورة فان حصل  
انقباض الاينوريزما في التلمورا والبليورا كان ذلك عبارة عن تمزق في الصقر  
الاكثر رقة من الورم وان انفجر الورم في القصبة الهوائية أو في الشعب او  
المرى كان حصول ذلك عقب التصاق جدر هذا الورم بجدر أحد هذه  
الاعضاء ورفتها ثم تمزقها أو عقب تكون خشك ريشة يعقب انفصالها  
افتتاح الاينوريزما وأما افتتاحها في الاووية الغليظة المجاورة فانه يحصل  
عقب رفة الجدر الملتصقة ببعضها ويندر أن يكون التصاق الاينوريزما  
باطبقة الغمدية فقط بحيث ينصب الدم عقب تمزق الجزء الملتصق بين  
الطبقة الغمدية والوسطى للابهر وأما افتتاح اينوريزما الاورطى من  
الظاهر بعد انشقاب الجدار الصدري فانه يحصل تارة عقب رقة وتمزق في هذه



الجلد أو عقب حصول غفيرة ينجبرية ناشئة عن شدة توتر هذه الأجزاء  
ثم انفصال الخشك كريمة

ثم إن اينوريزما الاورطى أكثر ما يشاهد في الجزء الصاعد منه قبل منشا  
الجزع العضدي الدماعى ووجوده في تحديق القوس الاورطى أكثر من  
تفكيره والاورام الاينوريزماوية الكائنة خارج الغلاف التامورى العظيمة  
الحجم تكون متجهة غالباً نحو الجهة اليمنى من القص وتبرز الى الظاهر  
في مقابلة الاضلاع العليا اليمنى وغضاريفها وتفتح تلك الاورام غالباً  
في التجويف البليوراوى اليمنى أو في الظاهر وأما الاينوريزما المتكون من  
محب قوس الاورطى فإنه يمتد كذلك الى الاعلى واليمين والامام ويظهر فهو  
الخارج في مقابلة المفصل القصى الرقوى اليمنى وأما الاينوريزما الناشئ  
من مقعر قوس الاورطى فإنه يلاصق القصة الهوائية أو الشعب أو المري  
ويمكن ان يمزق ما كان ملاصقاً له من هذه الاعضاء الجوفية وأما اينوريزما  
الجزء النازل من الاورطى الصدرى فإنه كثيراً ما يضغط على القرع الشعبى  
اليمنى أو المري وهو نادر وينفتح غالباً في التجويف البليوراوى اليمنى  
ويحدث تلاًشياً في العمود الفقري بحيث يمكن ظهوره في الجهة اليسرى من  
الظهر وأما اينوريزما الاورطى البطنى فإنه يصل أحياناً الى حجم عظيم  
جداً ويحدث أيضاً تلاًشياً في العمود الفقري وينفتح في تجويف البريتون  
أو في المسوج الخلقى تحته

### • (الاعراض والسير) •

كثيراً ما تم لك المرضى المصابة باينوريزما الاورطى بغناء عقب نزف باطنى  
وذلك من قبل ان يحصل من الورم الاينوريزماوى اذنى مكابدة وفي احوال  
اخرى تكون مكابدات المريض غير واضحة بحيث لا يمكن تشخيص  
الاينوريزما مع التأكد وفي غير ذلك من الاحوال يمكن معرفة هذا  
المرض مع تأكيد متفاوت بواسطة العلامات المحسوسة او المدركة للطبيب  
والظواهر المرضية التى تنشأ عن اينوريزما الاورطى تتعلق اما بتضيق  
تجويف الصدر أو بانضغاط الاعضاء المجاورة كما سبق ذكره او بعوق  
الدورة الذى هو نتيجة لازمة لكل ورم اينوريزماوى عظيم الحجم

فانضغاط الرئة او الشعب الفلانة ينشأ عنه عسر في التنفس لا يندوان يرتقي  
الى أعلى الدرجات فان ضيق النفس العظيم جدا المصوب بمفسد مخموص  
عند التنفس والسعال يصاحب اينوريزما قوس الاورطى متى ضغطت على  
اقصبة الهوائية نفسها وان حصل تورق في العصب المحيى والراجع بواسطة  
الايونوريزما اكتسب ضيق النفس حالة تشنجية بحيث يحصل على شكل نوب  
ويظهر ان مجامسه الخفية تضيق النفس حينئذ تعرض من الاعراض  
الكثيرة والتعبية جدا للاينوريزما الاورطى

وهناك ظواهر مرضية أخرى تنشأ من انضغاط الاذين الايمن والوريد  
الاجوف العاوى والجلذع الوريدى اللامس له او العضدى الدماغى فان  
حصل انضغاط فى الاذين الايمن او فى الاجوف العاوى انتفتت الاوردة  
الودجية وظهر على جدر الصدر تشجرات وريدية مزرققة واحتقنت أوردة  
الذراع احتقاناً عظيماً واكتسبت المرضى لوانسيا نوزيا ولا يندب ان يحصل  
استسقاء فى النصف العاوى من الجسم ويشتكى بمض المرضى بسبب عوق  
الدورة الدماغية بالام فى الرأس ودوار وطنين فى الاذنين بل قد يشاهد نوب  
فقد فى الادراك وان كان أحد الاوردة العضدية الدماغية هو المنضغط شوهد  
اقتصار عدد الاوردة على احدى جهتي الرأس أو الصدر

وبانضغاط الاعصاب بين الاضلاع والضميرة العضدية وتورهما تنشأ غالباً  
آلام شديدة فى الجهة اليمنى من الصدر والحفرة تحت الابط والذراع الايمن  
وهذه الآلام تظهر كغيرها من الآلام التى يحدثها اينوريزما الاورطى  
على نوب فتحدث تعباً عظيماً عند المريض وتمنع نومه

وبانضغاط الجذع الشريانى او الشريان تحت الترقوة اليسارى يمكن ان  
يفقد البعض من احد الشرايين الكبيرة بالكلية او يصير صغيراً غير  
مدرك وهذا العرض مهم بالنسبة لتشخيص اينوريزما الاورطى سيما وان  
استداد فوكة هذا الشريان بواسطة تعقدات دموية يمكن أن ينتج عنها عدم

تطابق فى النبض ايضا

ومن جهة اعراض انضغاط الاعضاء المجاورة بواسطة الورم الاينوريزماوى  
ناواهريط الدورة وقطعها وعلى الخصوص الفترة الواضحة بين ضربات

القلب والموجة الدموية التي تدرك في الشرايين الكائنة اسفل الورم  
الايثوريزماوى ويكثر انقضاح هذه الظاهرة متى كان مجلس ايتوريزما  
الاورطى بين الاوعية الخارجة من القوس الاورطى فان النبض حينئذ  
يكون ظهوره في جهة متأخر عن الجهة الاخرى او متى كان مجلسه  
في الاورطى النازل فان النبض في الاطراف السفلى يكون ظهوره حينئذ  
متأخرا عن النبض في الاطراف العليا وحيث ان ضخامة القلب لا تستقر  
معادلة للعائق الدورى الناشئ من الايتوريزما الابعض زمن فلا بد وأن  
يشكى المريض فيما بعد بانخفاض القابى الذى ذكرنا فيما تقدم انه يوجد  
في جميع الاحوال التى فيها يفعل القلب مجهودات شاقة وزيادة على ذلك انه  
يحصل أخيرا اضطراب في توزيع الدم فتصير الشرايين فارغة وتغلب الاوعية  
الشعرية والاوردة بالدم فيظهر كل من السيانوز والاسقساء العام  
ثم ان لم يهلك المريض بالظواهر المرضية المذكورة او بقتائج عوق التنفس  
ولم تطرأ عليه أمراض أخرى مهلكة حصل تمزق في الورم الايتوريزماوى  
فان كثيرا من أحوال الموت الفجائى يحصل بتمزق الايتوريزما الباطن لكن  
من الخطا العظيم الزعم بان هذا الانتهاء هو الدائم المحسول أو كثيره  
وان كان انفجار الورم الايتوريزماوى نحو الظاهر بعد أن تكون من  
الايثوريزما ورم مدرك صار الجلد المغطى لرقبة او تاتون بلون أسمر داكن  
ثم مسود ثم يقع في الموت وبعد برهة من الزمن تسقط الخشكر يشة لكن  
لا يخرج الدم بغاة على الدوام بل الغالب انه يخرج نقطة فنقطة لانه يكون  
ممنوعا عن السيلا بواسطة العقد الدموية بل قد يمكن إيقاف الدم بواسطة  
السد ولا يهلك المريض الا بعد تكرار التزيف مرارا وينعكس ذلك  
متى كان انفجار الايتوريزما في تجويف البليورا او التامورا والقصبية  
الهوائية او المري عان المريض هنا لك بسرعة عظيمة ولو كان مقعها  
في الظاهر بجمحة جيدة باعراض التزيف الباطنى او انقث الدموى والى  
الدموى وأما انفجار ايتوريزما الاورطى في الشريان الرئوى او في الوريد  
الاجوف فقد شوهد بعد استمرار الحياة مدته من الزمن والاعراض التى  
شوهدت في مثل هذه الاحوال هى اعراض ركود الدم العظيم واحتماسه

## في اورددة الدورة العظمى

ثم ان الاعراض المهمة لا ينوريزما الاورطى وان كانت تستبطن من البعث الطبيعى الا انه يحكم على تشخيص هذا المرض تشخيصا قريبا من العقل جدا بكل من ضيق النفس العظيم والالون السيافوزى والتعدد الوريدى في النصف العلوى من الجسم والانتفاخ الاستسقاءى في هذه الاجزاء وبالا لام الشديدة في الجهة اليمنى والذراع الايمن من الجسم وعدم انتظام النبض في كلا الذراعين والفترة المستطيلة بين ضربات القلب وتخرج النبض

وتختلف الاعراض المذكورة باختلاف مجلس اينوريزما الاورطى ففي احوال الاينوريزما المصيب للجزء الصاعد من الاورطى يكون تأثير الورم بالاكثر على الوريد الاجوف والرتة بحيث تكون اعراضه الاكثر وجودا هي السيافوز واستسقاء النصف العلوى من الجسم مع ضيق عظيم مستعص في النفس

وأما احوال الاينوريزما المصيب للجزء النازل الصدى من الاورطى فتحصل فيها آلام شديدة في الظهر وعدم قدرة المريض على تمدد العمود الفقري أو شلل النصف السفلى من الجسم متى امتد الفساد في العمود الفقري وقد يشاهد في مثل هذه الاحوال أيضا تعسر في الازدراد وضيق عظيم في النفس عقب انضغاط الرئة

وأما الاينوريزما المصيب للاورطى البطنى فانه يؤدى لاضطرابات وظيفية واعراض محسوسة للمريض مختلفة جدا فانه بضغط هذا الورم على الاعصاب وينتأكل العمود الفقري يمكن أن ينشأ عن ذلك آلام شديدة جدا ثم شلل في الاطراف السفلى وبالضغط على أعضاء الهضم ينشأ مغص مع اسهال وفي وعلى الكبد وقنواته الصفراوية ينشأ برقان مستعص وعلى الكليتين والحالبين ينشأ احتباس في البول وان كان مجلس الاينوريزما اسفلى الحجاب الحاجز مباشرة نشأ عن ذلك اندفاعه الى أعلى اندفاعا مؤلما مع اندفاع القلب وتحويله الى اعلى

العلامات الطبيعية مانا الورم الاينوريزماوى منحصر في تجويف الصدر

ولم يلامس جدره فالبحث الطبيعى لا يدل على شئ يرتكن اليه في تشخيص  
هذا المرض فانه حينئذ يمكن أن يكون لفظ التنفس متناقضا في احدى  
الرئتين أو انه يسمع صغير مستمر في محاذاة الجذوع الشعبية المنضغطة لكن  
كلاهما تين الظاهر تين لا يستطيع منهما شئ بحيث لا يرتكن اليهما في تشخيص  
هذا المرض تشخيصا أكيدا

ومتى لامس الاينوريزما جدر الصدر شوهد بالتفارق في الحمل الملامس  
للورم نبضات واضحة يحس بها مع غاية الوضوح بواسطة الجس وهذه  
النبضات تكون موافقة لضربات القلب وانما تقعها بدون واسطة  
وتكون غالبا اشد واغوى من نبضات القلب وكثيرا ما تكون مصحوبة  
بازيز مخصوص والحمل الذى يظهر فيه هذا النبض هو عادة الحافة اليمنى من  
القص في المسافة الضلعية الثانية بالنسبة لاينوريزما الاورطى الصلبد  
وقاعدة القص بالنسبة لاينوريزما الاورطى الصدرى النازل وفي الابتداء  
تحدث المسافة الضلعية الموازية للورم ثم يمتد هذا الورم بدون وقوف في عمقه  
وامتداده ويكون ملتصقا بجدر الصدر التصاقا متينا و يظهر حينئذ أن عمقه  
أت من باطن التجويف الصدرى وفيما بعد يزول الشكل النصف كرى ويصير  
الورم ذاتي الحدبات ويندوجدا ان يفقد النبض من الكيس الاينوريزماوى  
وذلك عند تراكم كمية عظيمة من التلغقات الدموية فيه

وصوت القرع يكون أصم فارغا بالكلية في جميع الجسز الملامس للورم  
الاينوريزماوى من جدر الصدر المرتفع به على شكل ورم وعند القرع  
تكون المقاومة عظيمة

وبالتسمع على الاينوريزما الملامس لجدر الصدر تسمع اما الغاط أو صوت  
بسيط أو من دوج وتوجيه هذه الاعراض واختلافها فيه عسرا فاما الالفاظ  
السستولية أو الاصوات السستولية فانها تنشأ من توج جدر الورم  
الاينوريزماوى فان كانت هذه التوجات الحاصلة من هروغ الدم في باطن  
الورم منتظمة تنشأ عن ذلك صوت سستولى وان كانت غير منتظمة تنشأ عن ذلك  
الغط سستولى ومن الجائز ان الالفاظ السستولية تنشأ عن كون الاورطى  
نفسه أو الشريان الرئوى يستريحه ضغط من جهة الورم الاينوريزماوى أو من

كون الدم الواصل من الاورطى الى باطن هذا الورم الاينوريزماوى يمر من فتحة ضيقة فيها بعض خشونة وقد يتبدل كل من الصوت الدياستولى واللفظ الدياستولى الى باطن الورم الاينوريزماوى بواسطة الصمامات الاورطية السليمة اى التى تتوجع وجامنتظما أو من صمامات هذا الشريان المريضة التى لا تتوجع وجامنتظما بل ~~تكون~~ فى حالة عدم كفاية غلق وحيث انه كثيرا ما لا يسمع على الورم الاينوريزماوى صوت دياستولى بل يسمع لفظ دياستولى ولو كانت الصمامات الاورطية سليمة فن القريب للعقل ان اللفظ الدياستولى ينشأ أيضا عن تقهقر الموجة الدموية او عن رجوع الدم من باطن الورم الاينوريزماوى الى باطن الاورطى فيما اذا كانت فتحة الاستطراق ضيقة خشنة

### • (التشخيص) •

يسهل اختلاط الورم الاينوريزماوى بأورام سرطانية عظيمة فى البلبورا أو احجاب النصف المقدم فان كلام من هذين الورمين الاخيرين يمكن ان ينتج عنه مثل الورم الاينوريزماوى تضاييق فى الصدر وضغط على الاعضاء المجاورة بل يمكن أن يظهر فى كل منهما نبضات محدودة او يصير مكونا للورم نابض فيما بعد وذلك اذا كانا موضوعين بين الاورطى من جهة وجدار الصدر من جهة أخرى والتشخيص التمييزى لهاتين الطائفتين ينبئ على الامور الاتية منها ان سرطان البلبورا يكاد لا يحصل مطلقا ولا اوليا بل يكاد يظهر دائما بعد الاتفة سرطانية فى عضو آخر ولا سيما عقب استئصال سرطان فى الصدر فان لم توجد هذه الامور السببية بالنسبة لسرطان البلبورا كان تشخيص الاينوريزما قريبا من العقل والنبضات التى قد تشاهد فى الاورام السرطانية الصدرية لا تعتمد فيها عرضا بخلاف نبضات الاورام الاينوريزماوية فانها تكون مدركة عند كل نبضة فى العرض ايضا ومنها انه بضغط الورم السرطانى على الاورطى ~~يكون~~ ان ينشأ اللفظ ~~يستولى~~ كما يحصل ذلك من الضغط على كل شريان بالمسماع لكن لا يسمع فى احوال سرطان البلبورا صوت مزدوج او لفظ مزدوج كما يسمع ذلك ~~بـ~~ كثيرة فى احوال اينوريزما الاورطى ومنها انه لا يشاهد فى احوال الاورام السرطانية الضاغطة على

الاورطى اختلاف في النبض وعدم توافق فيه في جهتي الجسم ومنها -  
اعراض اينوريزما الاورطى السابق شرحها تتصف بتعاقب في المنور  
والفتحات وأما اعراض الاورام السرطانية فانها تكون مسقرة وتشخص  
اينوريزما الابهري وتمييزه عن اينوريزما الجذع الا الاسم له لا يمكن ايجاز ومع  
لنا كيد قال جميع الاعراض التي تذكر في أحوال اينوريزما الجذع  
الذي كور وهي الضغط على الوريد الاجوف العلوي والجذع الشعبي اليميني  
والضخيرة العنقية اليميني وضعف نبض الشريان الكعبري اليميني وتأخر  
حمله ووجود اصمعية وبهض ورم في القسم فوق الترقوة اليميني توجد جميعها  
في أحوال اينوريزما القوس الاورطى ايضا

\*(الحكم على العاقبة)\*

شفاء اينوريزما الاورطى يعد من النواذر العظيمة وشفاء الاينوريزما الذي  
تقدم حتى صار بهر ف يشخص فلم يشاهد مطلقا وأما الحيلة فيمكن أن تقدم  
عند مسنونات ما لم يطأ على المريض مؤثرات مضعفة تحدث عندهم وكذا  
سريعة

\*(المعالجة)\*

اما الفضل العام المتكرر في ازمة متقاربة المستعمل سابقا في هذا  
المرض فليس له ادى تأثير في الشفاء وعين ذلك يقال بالنسبة لاجتهاد  
الذي لا الاقرب انما تحدث مثل القصد العام تناقصا في الضغط الجانبي  
الشرياني وبذلك تعين على شفاؤه وانما تمنع تعدد الورم الاينوريزما و كذا  
يقال أيضا بالنسبة لوضع المرضى في حمية قاسية لاجل تنقيص كمية الدم  
(وهذه هي طريقة ولزلقا) فان هذه الطريقة الاخيرة ليس فيها اذى ثرة  
بل وانما تساعد على حصول الاستسقاء وهلاك المرضى بسرعة وكذا  
التوصية باستعمال خللات الرصاص والجواهر الدوائية التنعيمية والقابضة  
التي يظن ان بها يحصل انقباض في الدم وامتلاء الورم الاينوريزما وى  
بالتعقدات الدموية تنبني على نظريات فقط فلا يستحق الذكر  
والفائدة انه متى عرف الاينوريزما وصار تشخيصه يوصى المريض بتجنب  
جميع المؤثرات التي تزيد في فعل القلب ويؤثر بالحيلة اللطيفة خوفا من

حدوث امتلاء دموى وقتى كالذى يحصل حصولا وقتيا عقب الاقراط من  
المطعومات والمشروبات ومع ذلك يوصى المريض باستعمال الأغذية الازوتية  
القوية خوفا من وقوعه فى الاغميائية بسرعة

وان ظهر ورم فى جدار الصدر وارتفع وأخذ الجدار المغطى فى الاسرار  
وجب وضع شبة علبية من الصفيح مثقولة بشكل الورم وعلوة بالماء  
البارد عليه

وأما الغرزا لبرى الكهر باقى الذى صاوست عماله بجله مرار فى اينوريزما  
الاورطى زعمائه يحدث انعقاد فى متصل الكيس الاينوريزماوى فلم يجد  
نفعوا وحبنا لكرار هذه الطريقة وان حصلت آلام شديدة بقصر على  
استعمال المسكنات

### • (المبحث الثالث)

#### • (فى غرق الاورطى) •

من التادر حصول غرق فى الاورطى مادامت طبقات جدارها سليمة فانه  
فى معظم احوال غرق هذا الوعاء غرقا ذاتيا تكون جداره اما مجلجا  
للاستحالات المرضية التى شرحناها فى المبحث الاول أو للاستحالة الشحمية  
البسيطة التى ذكرناها فى مبحث الاينوريزما بل وهذا يقال ايضا فى الاحوال  
التي فيها يغرق الاورطى المتعدد عددا عظيما أعلى من محل متضيق فيه فانه  
لا بد وأن تكون جداره فى مثل هذه الاحوال مريضة أيضا

وفى بعض الاحوال لا يغرق الا الطبقة الباطنية والوسطى فقط بخلاف  
الطبقة الغمدية فانها تبقى مصونة عن الغرق بسبب مرونتها وسمكها وتمتددها  
وفى مثل هذه الاحوال ينسكب الدم بين الطبقة الغمدية والطبقة الوسطى  
فيمصل الاولى عن الثانية وبذلك يتكون ورم مغزلى الشكل يمتلئ بالدم  
ويكون باطنه مستطوقا ياطن الاورطى من قصبة الغرق واكثر من ذلك  
مشاهدة حصول الموت بعد بعض ساعات او بعض أيام وذلك عقب غرق  
الطبقة الغمدية أيضا وانسكاب الدم فى النامورا والجلاب النصف أو البليورا  
وقد يحس المريض عند الغرق بالآلام شديدة جدا لكنه عما قريب يصير ياهت  
اللون باردا الاطراف فاقد النبض ويظهر عنده فواق وانحماش شديدان وغير



ذلك من اعراض التزيف الباطن

\*(المبحث الرابع)\*

\*(في تضايق الاورطى وانسداده)\*

قد يوجد احيانا تضايق خاقي في المجموع الاورطى تبعاً للمعلم (روكتنكي)  
ولاسيما عند النساء ويكون هذا التضايق مصحوباً بانطواء هره مشابهة للانطواء  
التي تشابه صغر حجم القلب وتضايقه الخلقين وذلك كاللون المنفتح للجسم  
وكثرة حصول الانحما وعدم نمو الجسم ولا سيما الاعضاء التناسلية

وقد يشاهد تضايق جزئي في الاورطى ويكون عبارة عن استقرار الجزء المعبر  
عنه بمضيق الاورطى اعني جزء الاورطى الكائن بين الشريان تحت الترقوة  
اليسرى وقناة بوتال وقد يوجد في هذا الجزء تبدل التضايق انسداد وليس من  
المعلوم لنا الاسباب التي ينتج عنها كون مضيق الاورطى الذي هو في الحياة  
الجنينية عبارة عن الاستطراق المضيق بين قوس الاورطى والاورطى النازل  
يتمدد بعد الولادة حالاً ويستضيق بل وينسد بعد هافي مثل هذا الاحوال  
وقد قيل ان قناة بوتال عند انسدادها تحدث بها كجهاض يقا في الاورطى  
وكلا هذين التوجهين غير كاف لايضاح تضايق الاورطى وانسداده فان كلا  
من هاتين الشاهدتين مع بقاء قناة بوتال مفتوحة

ثم ان النتيجة الاولى لتضايق الاورطى هي تضامة البطين اليسرى وتعدد  
جزء الاورطى الكائن بين القلب والجزء المتضايق من هذا الشريان وأهم من  
ذلك هو التمدد العفاسيم الذي يعترض فروع الشريان تحت الترقوة وتقعماها  
مع الشرايين بين الاضلاع فان التفرعات الرفيعة في مثل هذه الاحوال  
تسهيل الى فروع واسطية ذات جدران سمكية وحينئذ تتكون دورة تقهومية  
جانبية تامة بحيث ان الدم يمر من قوس الاورطى بواسطة هذه التقعومات  
الجانبية الى الاورطى النازل متجنباً للجزء المتضايق من هذا الشريان وكذا  
تتكون تقهومات متسعة بين الشريان الظهري الكتفي وتحت الكتف  
والعنقي المستعرض وبين الشرايين بين الاضلاع ويتمدد كذلك الشريان  
الذي الباطني والشرايين المقعدة بين الاضلاع الناشئة منه وكذا متفرعي  
هذا الشريان الثديي وهو الشريان الشراسبي العلوي يتمدد ايضا فغير

الدم منه يتقدمات عديدة الى الشريان المحرق في  
وتضايق الاورطى وان كان من التغيرات المهمة الا ان الشخص المصاب به  
يتحملها غالباً زمن طويلاً فيبقى هذا التغير كما نلاحظ يمكن الشخص المصاب  
به ان يصل الى سن متقدم جداً (كسن ٩٢ سنة كما شوهد) لكن في احوال  
اخرى تشتمل على المرضى بحفقتان في القلب وتبضات متعبة في السباتين  
واعراض احتقان في الدماغ ثم تظهر فيما بعد حالتهم وكما يبعث بطرا الموت  
في نصف الاحوال تقرى على المرضى المعتبر بهم هذا الداء وهى في حالتهم وكما  
وانتفاخاً يتضخم من ذلك حيث انه يمكن تعادل هذا الاضطراب الدورى  
التقبل اعنى انسداد الاورطى بواسطة ضخامة القلب يمكن هذا التعادل  
يصير فيما بعد غير تام وغير كاف وحينئذ تتضخم اعراض بقاء الدورة وامتلاء  
الاوردة وتقرى الدم كما ذكرنا ذلك فيما تقدم وفي احوال اخرى يطرأ الموت  
عقب غشق القلب أو الاورطى الا ان ذلك لا يحصل الا بعد أن يستمر  
جدره استئصاله مرضية

ثم ان تشخيص هذا المرض يرتكن فيه الى ظواهر الدورة التغممية الجانبية  
التي ذكرناها والذوال النبض من تفرعات الاورطى البطينى وبشاهد  
بالنظر والجس عند مشمل هؤلاء المرضى في الظهر والكتف وعلى الاضلاع  
والقسم الشراسيفى شرايين متعددة متدادا واليا ومتعوجة تعرجا ديا ذات  
نبض واضح ويسمع في محاذ الشريان التمدى الباطنى قرى بان القص لفظ  
منفاحى وهذا النخط يسمع في جميع المحال الموجود فيها شرايين متعددة مدركة  
بالنظر والجس واما الشرايين القصية المقدمة من الساق والمابضية  
والفخذية فان النبض فيها يصير ضعيفا أو غير مدرك بالكلية وزعم المعلم  
(عجبر) أنه بهذه العلامات يمكن على الدوام تشخيص هذا المرض مع  
التأكد

ومعالجة تضايق الاورطى نرجع فيها الى ما ذكرناه في معالجة تضايق فوهة  
الاورطى

• (المبحث الخامس) •

• (في أمراض الشريان الرئوى) •

اما الالتهابات الحادة مع انتمائها بالتقيح فتشاهدتها في الشريان الرئوي نادرة  
 مثل مشاهدتها في الشريان الاورطي وكذا التغيرات المرضية للطبقة  
 الشريانية الباطنة التي عبرنا عنها بالالتهاب الشرياني الباطني المزمع كثيرا  
 ما لا توجد في الشريان الرئوي ولو كان المجدوع الشرياني يتقلمه مجلسا  
 لاصتخالات مرضية متقدمة وعكس ذلك قد توجد هذه التغيرات بكثرة  
 ولو بدون تغيرات مماثلة لها في الاورطي عند وجود آفات عضوية عمومية  
 في القوهرة الاذينية البطينية اليسرى وضخامة تابعة في البطين الايمن  
 ونسب المعلم (تيدريش) الى هذه التغيرات المذكورة كثرة حصول السدد  
 الدموية الرئوية في الرئة عند المصابين بامراض في القلب وأما ايثوريزما  
 الشريان الرئوي فانه يعد من النوادير العظيمة جدا ويكاد لا يبلغ جمعا عظيما  
 وقد شاهد المعلم (اسكودا) حالة من ايثوريزما الشريان الاورطي في حجم بيضة  
 الازرة والمريض في أثناء الحياة شوهد عنده ظواهر اضطرابات دورية عظيمة  
 كاللون السيانوزي والاستسقاء لكن البحث الطبيعى لم يستدل منه على  
 تشخيص هذا المرض

وأما التمدد المنتشر للشريان الرئوي فانه يشاهد بكثرة في الاحوال التي تؤدي  
 الى تمدد القلب الايمن وضخامته ولم يشاهد تغير صوت القرع في الصدر لكن  
 كثيرا ما شوهد في هذا المرض احتجاج مخصوص بل نبض واضح في محاذاة  
 عنق الشريان الرئوي

وأما انسداد تفرعات الشريان الرئوي رفيعا كانت أو غليظة بواسطة سدد  
 سبارة فقد ذكرناه عند الكلام على السدد الانتقالية ولله وية للرتين وفي  
 أول انسداد فروع غليظة يحصل ضيق عظيم في التنفس بل وموت فج في  
 وماذا الا لسكون جرع عظيم من الرئة يصير غير صالح للتنفس لانتقطاع الدورة  
 فيه وقد شاهدت في السفين الاخيرتين حالتين حصل فيهما الموت في أثناء  
 ساعات قريبة مع ظواهر ضيق النفس العظيم والاضططاط الكلوي ونبت فيها  
 عند فعل الصفات التشريحية ان سدة عظيمة انفصمت في باطن الشريان  
 الفخذي واندفعت بتيار الدم وأحدث الاختناق بسدده للجذع الاصلى  
 من الشريان الرئوي

## \* (المبحث السادس) \*

## \* (في أمراض الجذوع الوريدية الغليظة) \*

لا تعرض هنا إلا ذكر أمراض الاوردة الاجوفية والاوردة الرئوية فان  
 أمراض الاوردة الدائرية تذكر في كتب الجراحة وأمراض الوريد لباب  
 وأوردة باقي الاعضاء الخشوية تذكر في مجملها فاما الاوردة الاجوفية فلا  
 تشاهد فيها التهابات أولية ومن النادر أن يشاهد التهاب أو تنقبض في جدار  
 الوريد الاجوف السفلي عقب خراجات في الكبد أو في المسوج الخلو  
 خلف البعيتون وكذا من السادر جدا مشاهدة التهاب الاوردة الرئوية مع  
 الانتهاء بتكوين خراج فيها أو ما تعدد الجذوع الوريدية الغليظة فانه يشاهد  
 في أسوال أمراض القلب وغيرها من الأمراض التي تؤدي لاحتماس  
 الدم في الاوردة واما تضاعفها فانه يكاد لا يشاهد الا عند انضغاط هذه الجذوع  
 الوريدية بأورام مجاورة لها

وأما السدد الأولية أعني الانعقاد الذاتي في الورم الوريدي الذي يؤدي فيما  
 بعد الى التهاب جدارها فقد شوهد أحيانا في الوريد الاجوف التازل لكن  
 الانعقاد هنا يكون ابتداء في احد فروع هذا الوريد سيما الوريد القمضي  
 لاحدى الجهتين ومنه يتدفق فيما بعد الى هذا الجذع نفسه وتكون السدد  
 في الوريد الاجوف يمكن معرفته بالامور الاتية وهو أنه متى انضم لورم  
 متوتر مؤلم في احد الاطراف وورم مؤلم في الطرف الاخر وحصل انقطاع  
 بخافي في البول أو كان افرازه بكمية قليلة وكان مع ذلك دموي باجاز القول بان  
 السدة امتدت الى الوريد الاجوف والوريد الكلوي

تم طبع المقالة الاولى ويليه المقالة الثانية

في أمراض الجهاز الهضمي



